

診療情報提供書  
妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)

年 月 日

紹介先医療機関名

先生待史

紹介元医療機関所在地

名称

担当科名

医師名

(連絡先

印

)

患者氏名	性別	年齢	歳
	生年月日 西暦	年 月	日
	(当院ID )		
住所			
電話番号			

疾患名:	進行期
紹介目的: 妊孕性温存治療	
既往症及び家族歴:	
現在の処方:	
婚姻状態: 未婚 ・ 既婚 ・ パートナーあり	子ども: あり 人 ・ なし
病理診断	
生物学的特徴 ER, PR, HER2, Ki67等:	
妊孕性温存のための猶予期間(手術ない時と術前ケモは上段, 術後ケモは下段に記載):	
上段【治療開始/手術時日】	20 / / 年 月 日 【猶予期間】 日
下段【手術日】	20 / / 年 月 日 【術後猶予期間】 週間
既に施行された治療:	
これから施行予定の治療: ※ □にチェックもしくは■	
□ 化学療法	
レジメン名および投与量:	期間 予定回数
□ 放射線療法	
照射部位: 照射方法:	期間 20 / / ~ 総線量 Gy
□ 手術療法	
術式:	手術予定日: 年 月 日
□ 内分泌療法	
薬剤名	期間 20 / / ~ 年間
□ 分子標的治療剤	
薬剤名	期間 20 / / ~ 年間
□ その他	
合併症, 遺伝子解析結果, その他	