

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
(当院ID)	生年月日 西暦	年 月	日
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

妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)
患者申請同意確認書
(原疾患主治医用)

凍結施設

凍結施設医師名: 先生御侍史

私は、(患者名、フルネームでお願いします) _____ 殿の
主治医として下記①、②の判断を致します。また、妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等
の採取・凍結)を希望される場合、下記③、④に同意します。

①	当該患者が妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)以外の医療行為では、悪性腫瘍および原疾患の治療後に妊娠成立の見込みが低いこと。	はい	いいえ
②	当該患者の全身状態や予後を総合的に判断し、患者が妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)に耐えること。	はい	いいえ
③	妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)、ならびに原疾患寛解後の凍結卵子/胚/卵巣/精子/精巣等を用いた生殖治療にいたるまで長期に凍結施設担当者と密に連絡がとれるようにすること。	はい	いいえ
④	原疾患の主治医を交代する場合、責任を持って以後の主治医に上記③の履行を引き継ぐこと。	はい	いいえ

年 月 日

医療機関名: _____

診療科名: _____

申請医師名: _____ 印

住所: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)後の
患者申請同意確認書
(原疾患主治医用)

凍結施設 _____

凍結施設医師名: _____ 先生御侍史

私は、(患者名、フルネームでお願いします) _____ 殿の
主治医として、ご本人の希望があり産科的に問題なければ、原疾患治療後の経過からは、
妊娠、出産、育児は可能と判断いたします。

年 月 日

医療機関名: _____

診療科名: _____

申請医師名: _____ 印

住所: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____