

患者氏名 _____ 患者識別番号 _____

紹介元施設名 _____ 担当医 _____

疾患名 _____ 進行期 _____

組織型 _____

予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可） _____

現在までの治療経過 _____

患者背景（適宜検査結果同封ください）

状態 _____

検査結果（CBC, PIt など） _____

感染症 _____

合併症 _____

精神状態 _____

妊孕性温存に関する期待度 _____

パートナー あり なし （ _____ ）

子供 あり（ _____ 人） なし（ _____ ）

予定される治療について

内容・投与（照射）量 _____

治療開始予定時期 _____

治療開始最大遅延許容期間 _____

妊孕性温存・妊娠について

主治医から見た妊孕性温存の推奨程度：推奨 消極的 どちらとも言えない

妊娠可能までの期間 _____

がん治療後の妊娠の問題点 _____

その他（裏面もご利用ください） _____
