

がん・生殖医療（医学的適応妊孕性温存治療）病診連携情報提供書

医療施設名：
診療科：
紹介医師氏名：

原疾患施設患者 ID: _____

患者氏名: _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳 性別: _____

職業: _____

未婚 or 既婚: _____

（どちらか記入して下さい。）

1. 病名・病状

2. 既往歴・合併症

3. これまでの経過と治療について

4. 予定している治療内容（投与内容も）と治療開始時期

5. 治療導入の緊急性

6. 治療が妊孕性に与える影響と患者への説明内容

7. 妊孕性温存療法についての主治医の見解について（当てはまるものにチェックしてください）

- 妊孕性温存のために生殖医療を勧める方向で話をしてほしい
- 妊孕性温存治療についてとりあえず説明してほしい
- 患者が妊孕性温存治療を希望しているが、原疾患にはあまり好ましくないと考えている

8. 妊孕性温存治療の許容時期、期間

9. 妊孕性温存治療における留意点

10. 生殖医療医師が原疾患医師に照会する場合の連絡方法、連絡先
（照会時必要ですので必ず記入して下さい。）

※ご紹介の際は感染症データ（HBV、HCV、HIV、梅毒）を必ず添付してください

うつのみやレディースクリニック

宇都宮智子

〒640-8331 和歌山市美園町5丁目4-20

TEL:073-423-1987