

がん治療科・生殖科 連携紹介状

徳島大学病院 産科婦人科  
外来担当医 先生

病院名： \_\_\_\_\_

担当医： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_

平素より大変お世話になっております。以下につきましてご高診、ご加療をお願い致します。

患者氏名： \_\_\_\_\_ 【病名】 \_\_\_\_\_

【受診目的】

- 妊孕性温存の相談（卵子凍結、受精卵凍結、卵巣凍結、精子凍結など）
- がん治療終了後あるいは治療中の妊娠の希望についての相談
- その他の相談（自由記載： \_\_\_\_\_ )

【Performance Status】 0 1 2 3 4

【病期】  原発性（ \_\_\_\_\_ 期）  
 転移性 →根治を目指せる状況ですか？  目指せる  
 目指せない

【組織型】 \_\_\_\_\_

【ホルモン受容体検査結果（乳癌の患者さんをご記入ください）】

TN (triple negative)

Luminal A

Luminal B

【手術】  なし  
 予定あり（または実施済み）  
予定日（または実施日）： \_\_\_\_\_  
術式 \_\_\_\_\_

【化学療法】  なし  
 予定あり（または治療歴あり）  
開始予定日（または開始日）： \_\_\_\_\_  
レジメン名： \_\_\_\_\_

（抗がん剤名も記載してください。例：TC療法（パクリタキセル、カルボプラチン）

【放射線治療】 なし

予定あり（または治療歴あり）

開始予定日/実施日 \_\_\_\_\_ 照射部位 \_\_\_\_\_

【既婚・パートナーの有無】  あり

なし

【最終月経（女性のみ）：聴取できていない場合は空欄でも可】

開始日 \_\_\_\_\_、周期 \_\_\_\_\_ 日

【妊孕性温存をする場合のみ,以下の記載をお願いします】

・生殖補助医療を用いた妊孕性温存を行うには、時間を要する場合があります。

がん治療の開始をどれくらまで待機できますか？

数日以内

1～2 週間以内

3～4 週間以内

4～8 週間以内

8 週間以上

その他

・これから予定するがん治療により、生殖機能が低下することについてご本人に説明されていますか？

説明した

説明しているが、不十分かもしれない

説明していない

その他 ( \_\_\_\_\_ )

【現病歴】

【その他】（上記以外で生殖医療施設に伝えたい事項を自由記載してください）

【生殖医療担当医から問い合わせ可能な連絡先】

\*本コンサルテーションに関する窓口となる医師名をご記入ください。複数記載可。

診療科名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_

連絡先： \_\_\_\_\_