

生殖機能温存治療に関する情報提供書

下記の患者の診療情報を提供するとともに、卵子及び受精卵、卵巣組織の凍結保存を依頼いたします。

患者氏名	フリガナ			<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚
原疾患名			(Stageなど)	
初診日	年	月	日	患者は採卵可能な全身状態である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ホルモン感受性の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		ER() PgR() HER2() その他()	
術前化学療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日	年 月 日
手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日	年 月 日
術後化学療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日	年 月 日
放射線療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日	年 月 日
内分泌療法の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		実施(開始)予定日	年 月 日
採卵可能な期間	年	月	日	～ 月 日
※出来るだけご記入をお願いします				
現在から	化学療法開始まで ・ 手術開始まで ・ 放射線療法開始まで ・ 放射線療法終了まで ホルモン療法開始まで ・ その他()まで ※○を付けてください			
排卵誘発剤およびホルモン剤使用許容の可否	<input type="checkbox"/> 許容する <input type="checkbox"/> 許容しない			
卵子・胚(受精卵)・卵巣組織の採取および凍結・保存は、原疾患の治療に不利益に	<input type="checkbox"/> ならない <input type="checkbox"/> なる			
許容可能な薬剤に○、許容不可の薬剤には×をつけてください。(※わかる範囲で結構です)				
(クロミフェン) ・ (レトロゾール) ・ (hMG) ・ (rFSH) ・ (中用量ピル) ・ (黄体ホルモン剤)				
備考				