

# 生殖医療連携支援シート（紹介状に添付をお願いします）

フリガナ 患者氏名		紹介元 担当医	
--------------	--	------------	--

## 原疾患情報

- ・病名（ ）  
☐初発 ☐再発  
 乳がんの場合→組織型 ☐luminal ☐HER2 ☐TN ☐luminal-HER2
- ・診断時期（ ）年（ ）月（ ）日
- ・がん進行度（現在判明している範囲内で結構です）  
☐上皮内 ☐限局 ☐所属リンパ節転移 ☐隣接臓器浸潤 ☐遠隔転移  
☐不明 ☐該当なし（血液疾患など）
- ・原疾患に対する治療（何らかの治療を行なっている、もしくはその予定の場合ご記入下さい）  
☐手術（☐すでに施行・☐施行予定）  
 術式；（ ）  
 手術日；（ ）年（ ）月（ ）日 予定の場合は予定日をご記入下さい。  
☐化学療法（☐すでに施行・☐施行予定）  
 レジメン；（ ）  
 クール数；（ ）クール（現在（ ）クール終了）  
 施行期間（ ） 予定の場合は開始予定日をご記入下さい。  
 ※複数のレジメンを施行する場合、第1のレジメンが開始されていたら「すでに施行」のみをチェックして下さい。  
☐放射線治療（☐すでに施行・☐施行予定）  
 照射部位；（ ）  
 照射線量；（ ）Gy  
 施行期間（ ） 予定の場合は開始予定日をご記入下さい。  
☐内分泌療法（☐すでに施行・☐施行予定）  
 使用薬剤（ ）  
 施行期間（ ） 予定の場合は開始予定日をご記入下さい。  
☐造血幹細胞移植（☐すでに施行・☐施行予定）  
☐自家移植 ☐同種血移植  
☐骨髓移植 ☐末梢血幹細胞移植 ☐臍帯血移植  
 前処置（ ）  
 施行日（ ）年（ ）月（ ）日 予定の場合は予定日をご記入下さい。  
☐その他（ ）
- ・全身状態（妊孕性温存治療が可能な状態か）  
☐良好 ☐不良
- ・予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可）  
 （ ）
- ・妊孕性温存治療が可能な期間：上記の治療スケジュールを  
☐変更可能（遅くとも（ ）年（ ）月（ ）日までに） ☐変更不可能
- ・治療後に妊娠を検討できるのは（ホルモン療法等の中断を含む）  
 （早くとも（ ）年（ ）月以降） ☐現時点ではわからない
- ・治療後の妊娠の問題点  
 （ ）
- ・備考：妊孕性温存治療に関し使用薬や外科的処置など特段の配慮を要する場合はあればご記載下さい（ ）