

がん・生殖医療相談情報提供用紙

FAX 送信先：0263-37-3107 TEL：0263-37-3106

信州大学医学部附属病院 生殖医療センター

《紹介元医療機関》別途紹介状がある場合は記載不要

名称		診療科	
所在地	〒		
電話番号		FAX	
担当医			

《患者さんの基本情報》

フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 貴院 ID (年 月 日
------------	--	--	-----------------	-------------

A. 妊孕性温存療法 対象チェックリスト

- ①妊孕性温存治療が原疾患の治療の妨げにならない・・・☐はい ☐いいえ
 ②初診料＋相談料（自費）が必要であることを患者さんが了承している・・・☐はい ☐いいえ
 ③下記 1)～4)のいずれかに該当する ☐はい ☐いいえ

- 1) 「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2024 年版（日本癌治療学会）」の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療。
 2) 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等。
 3) 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血等。
 4) アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス等。

* ①～③ 1 つでも「いいえ」の場合には、妊孕性温存療法に対する公的助成制度の対象外となります。

* 43 歳以上では公的助成制度の対象外となりますが、妊孕性温存療法を実施するかどうかはお問い合わせください。

* ご相談のみをご希望される場合にも承ります。（☐ 相談のみを希望）

- ④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）
 ⑤患者さんの妊孕性温存に対する期待度（積極的 消極的 わからない）

B. 患者情報

現時点での情報で分かる範囲内で結構ですので、ご記入願います。

①婚姻状況

☐既婚 ☐未婚 ☐パートナーあり

②子どもの数

☐あり（ ）人 ☐なし

③感染症採血（1 年以内）：結果がある場合は ☒ をして、結果コピーを添付してください

☐ HBV（ 陰性・陽性 ） ☐ HCV（ 陰性・陽性 ）
☐ 梅毒（ 陰性・陽性 ） ☐ HIV（ 陰性・陽性 ）

④輸血歴

☐なし ☐あり（最終輸血日： 年 月）

⑤合併症

☐なし ☐あり（ ）

⑥精神状態で配慮すべきこと

☐なし ☐不明 ☐あり（ ）

C. 原疾患情報

①病名（ ）

☐初発 ☐再発

乳がんの場合→組織型 ☐luminal ☐HER2 ☐TN ☐luminal-HER2

②診断時期（ ）年（ ）月

③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）

④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（ ）

⑤全身状態（妊孕性温存治療が可能な状態か）

☐良好 ☐不良

⑥予後（生命予後、再発リスク；抽象表現可）

（ ）

予後について患者さんへ告知されていますか（☐済んでいる・☐今後予定）

⑦上記以外に特記すべき治療経過

（ ）

⑧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

⑨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

⑩治療後の妊娠の問題点

（ ）

⑪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

（ ）