

妊孕性温存治療に関する診療情報提供書（男性患者様用）

紹介元医療機関

病院名		診療科	
住所		担当医	
電話番号	緊急連絡先		
	※緊急時に連絡可能な院内 PHS などがあれば記入をお願いします		

患者様情報

患者氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月 日 () 歳
		連絡先 TEL			
	<input type="checkbox"/> 既婚（子供： <input type="checkbox"/> 有（ ）人 <input type="checkbox"/> 無（ ）） <input type="checkbox"/> 未婚（パートナー： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ ））				
原疾患名	診断日	年	月	病期	組織型
	<input type="checkbox"/> 初発	<input type="checkbox"/> 再発		再発リスク	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
	現時点でのがん進行度	<input type="checkbox"/> 上皮内 <input type="checkbox"/> 限局 <input type="checkbox"/> 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 該当なし（白血病・多発性骨髄腫の場合）			
全身状態（採精可能な状態か）		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良			
今後の治療予定	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 内分泌療法 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> その他 ※現時点で施行済みの治療に関してはその治療内容について記入してください				
手術	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施行済み				
	術式				
	手術（予定）日	年	月	日	
化学療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施行済み				
	予定レジメン			予定クール数	
	性腺毒性のリスク分類	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 超低またはリスク無 <input type="checkbox"/> 不明			
	開始予定日	年	月	日	
放射線療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施行済み				
	照射部位			照射線量	G y
	性腺毒性のリスク分類	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 超低またはリスク無 <input type="checkbox"/> 不明			
	開始予定日	年	月	日	

内分泌療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施行済み		
	使用予定薬剤名		
	開始予定日	年	月 日
造血幹細胞移植	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施行済み		
	<input type="checkbox"/> 自家移植 <input type="checkbox"/> 同種移植 <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> 臍帯血移植		
	予定している前処置		
	開始予定日	年	月 日
その他治療	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施行済み		
	治療内容		
	開始予定日		
射精	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
備考（妊孕性温存治療についての留意点などあればこちらに記載してください）			

※受診時に必要な書類

◎診療情報提供書

◎血液検査結果（検査結果がない項目は当院で検査を実施します）

HBs 抗原 HBc 抗体 HCV 抗体 梅毒（RPR・TPHA） HIV 抗原・抗体

医療法人三慧会 IVF大阪クリニック

FAX : 06-4308-8814

TEL : 06-4308-8824(内線221:看護部)

※FAX後必ずご連絡(TEL)もお願い致します