施設患者ID　　　　　　　氏名　　　　　　　　　生年月日（西暦）　　　年　　月　　日

記載日　　　　　　年　　　　月　　　　日

紹介元施設名

　　　　科　担当医

* 推奨される紹介時期は、薬物療法開始前です。
* 本患者に対する精子凍結保存への主治医の意見

（　　すぐに可　　　できればしないほうが良い　　）

* 精子凍結保存の開始可能時期（　　　　年　　月　　日）
* 精子凍結保存に際して原疾患の治療開始を待てる期限：　　　　年　　月　　日頃まで
* 原疾患の状態・予後など

原疾患：

臨床病期：

* これまでの治療

手術（手術日　　　　年　　月　　日　術式：　　　　　　　　　　）

放射線治療（部位　　　　　　　　　Gy）

薬物療法（抗がん剤：レジメン名　　　　　　　　期間　　　　　　　　　　）

　　　　（分子標的治療剤：レジメン名　　　　　期間　　　　　　　　　　）

　　　　（その他：レジメン名　　　　　　　　　期間　　　　　　　　　　）

* これからの治療

（手術　　化学療法　　放射線療法　　その他）

手術（手術予定日　　　　年　　月　　日　術式：　　　　　　　　　　）

放射線治療（部位　　　　　　　　　Gy）

薬物療法（抗がん剤：レジメン名　　　　　　　　期間　　　　　　　　　　）

　　　　（分子標的治療剤：レジメン名　　　　　期間　　　　　　　　　　）

　　　　（その他：レジメン名　　　　　　　　　期間　　　　　　　　　　）

治療開始予定時期（　　　　年　　月　　日ころまでに開始）

○患者背景

　パートナーの有無

　キーパーソン

【患者本人記載】

* 配偶者またはパートナーの生年月日（　　　　年　　月　　日）
* 婚姻関係（なし・あり）
* 性交経験（なし・あり）
* マスターベーションによる精液採取は可能ですか？　　（　はい　　いいえ　）
* 緊急時連絡先（携帯電話など　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 下の事項について主治医から説明を受けましたか？

　（1）あなたの病状と今後の再発の可能性について（　はい　　いいえ　）

　（2）これから行う治療とそれがあなたの子供を作る能力に影響があること

（　はい　　いいえ　）

○　主治医の説明を受けたうえであなたやご家族は精子凍結保存をどの程度希望されていますか？

　本人　　　　　（　できれば受けたい　　迷っている　　話を聞いてから決めたい）

　奥様・パートナー（　できれば受けたい　　迷っている　　話を聞いてから決めたい）

親　　　　　　（　できれば受けたい　　迷っている　　話を聞いてから決めたい）