

妊孕性カウンセリング外来への紹介状

年 月 日

〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110 番地

山梨大学医学部附属病院

TEL : 055-273-1111 (代表)

所在地

医療機関名

電話番号

F A X

医師氏名

産婦人科 不妊外来

大木麻喜 小川達之 宛

フリガナ 患者氏名		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	女
紹介元 施設患者 ID				
患者住所	〒		TEL:	- -
山梨大学医学部附属病院にかかったことはありますか。 ID No. _____			ある ・ ない	

平素よりお世話になっております。

下記患者は、当科疾患の治療にあたり妊孕性に関してカウンセリングを希望されています。

ご高診よろしくお願ひ申し上げます。

【女性の妊孕性温存の対象患者は以下となります】

- 原疾患の治療により卵巣機能の低下が予想される方
- 妊孕性温存療法（以下本法）を施行することが、原疾患の治療の実施に著しい不利益とならないと判断される方
- 本法実施は原則、採卵時年齢 43 歳未満
- 凍結卵の融解利用は 50 歳未満（女性加齢によって母体や児の異常の発症頻度が増加することが知られており、原疾患治療によって利用できない期間が長くなっても制限されます）
- 推奨される紹介時期は、薬物療法開始前です。

○ 本患者に対する妊孕性温存への主治医の意見

（ 本人の希望があれば可 ・ できればしないほうが良い ）

○ 生殖機能温存の開始可能時期（ 年 月 日）

固形腫瘍：原疾患病巣摘出後、化学療法前

造血器腫瘍：寛解期、または化学療法の間、造血幹細胞移植前

○ 本法（採卵）に際して原疾患の治療開始を待てる期限： 年 月 日頃まで

（採卵までに最短 2 週間、2 周期なら最短 6 週間程度を要します）

○ 原疾患の状態・予後など

診断日： 年 月

疾患名：

臨床病期：

ホルモン受容体：ER（ + - ） PR（ + - ） HER2（ + - ）

○ これまでの原疾患の治療

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： ）

具体的な薬剤名：

（分子標的薬：薬剤名 ・ 期間： ）

（その他： ・ 期間： ）

○ これからの治療予定

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： ）

具体的な薬剤名：

（分子標的薬：薬剤名 ・ 期間： ）

（その他： ・ 期間： ）

治療開始予定時期（ 年 月 日ころまでに開始）

○ 患者背景

合併症・感染症（ なし ・ あり： ）

精神状態に問題（ なし ・ あり： ）

アレルギー（ なし ・ あり： ）

その他：

血液型・血算・生化・凝固・感染症検査など結果があれば添付してください。

4枚目は患者本人の記載用です。

