

施設患者 ID : 生年月日 (西暦) 年 月 日

患者氏名 : 記載日 年 月 日

紹介元施設名

科 担当医師氏名

- 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

診断日 : 年 月

疾患名 :

臨床病期 :

- 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 : )

(分子標的薬 : レジメン名 ・ 期間 : )

(その他 : レジメン名 ・ 期間 : )

- これからの治療予定 (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

合併症・感染症 :

精神状態に問題 ( なし ・ あり : )

その他 :

感染症検査結果があれば添付してください。2枚目は患者本人の記載用です。

