

妊孕性温存療法（卵子・受精卵・卵巣・精子の採取及び凍結）に対する

診療情報提供書

年 月 日

秋田大学医学部附属病院 産婦人科

担当 先生侍史

紹介元医療機関名

担当科名・医師名

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
生年月日： 西暦 年 月 日	年齢： 歳

原疾患名： 進行期

紹介目的： 妊孕性温存療法の依頼

既往症及び家族歴：

婚姻状態： 未婚・既婚・パートナーあり 子供： あり（ 人 ） ・ なし

病理診断

生物学的特徴 ER,PR,HER2,Ki67 等
使用を許容できない排卵誘発剤に○をつけてください アロマトラーゼ阻害剤・FSH・HMG製剤・hCG製剤

原疾患の治療予定

（手術前）化学療法開始予定日 年 月 日

手術予定日 年 月 日 （術式 ）

手術後化学療法開始予定日 年 月 日

（既に行われた治療内容： ）

今後の治療内容： 当てはまる項目にチェックを入れて記入してください。

化学療法 （薬剤名・投与量・期間など詳細に記入してください）

内分泌療法 （薬剤名・投与量・期間など詳細に記入してください）

分子標的治療薬 （薬剤名・投与量・期間など詳細に記入してください）

放射線療法 （照射部位・照射方法・期間・総線量 Gy など）

その他