

記載日 年 月 日

生殖医療専門医への紹介状

血液・腫瘍科

主治医記載

女性用

【生殖機能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
- 妊孕性を温存する方法（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
- 本法実施は採卵時年齢 43 歳未満（戸籍謄本または抄本の提出が最終的には必要）
- 凍結卵子融解利用は 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）

施設患者 ID 氏名 生年月日(西暦) 年 月 日

- 本患者に対する生殖機能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 ）  
理由：
- 生殖機能温存の開始可能時期（ 年 月 日 ）  
（固形腫瘍では原疾患病巣摘出後、血液腫瘍では寛解期または化学療法の間）
- 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
  - （リンパ腫 / 白血病 / 骨髄異形成症候群 / 非腫瘍性疾患 / その他）
  - 病型（ ）
  - 臨床病期（ I / II / III / IV）（ A / B ） / 基準なし
  - 予後因子  
（IPI（リンパ腫）： / IPSS（MDS）： / その他： ）
  - 効果判定（治療前 / PD / SD / PR / CR / 非腫瘍性疾患）
- 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 ）  
（抗がん剤：レジメン名 期間 ）  
（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 ）

- 今後の治療予定
- ( 化学療法 放射線療法 造血細胞移植 その他) (重複回答可)
- 放射線治療 (部位 Gy)
- 薬物療法
- (抗がん剤：レジメン名 期間 )
- (抗がん剤：レジメン名 期間 )
- (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)
- 患者および家族への説明
- 生殖医への紹介にあたり下の事項について文書を用いて説明されているか？
- (1) 現疾患の病状と予後  
( 有 無：理由 )
- (2) 今後の治療予定とそれに伴う卵巣機能の低下の関連性  
( 有 無：理由 )
- (3) 妊孕性を温存する方法として  
未受精卵子・受精卵・卵巣を凍結・保存する選択肢があることの説明  
( 有 無：理由 )

\*紹介テンプレートとデータが同時送付でない場合、以下検査日・結果記載

【必要な検査結果】あれば添付

- 感染症 クラミジア・トラコマティス IgG ( ) /IgA 抗体 ( )  
HBsAg ( ) HCV ( ) TPHA ( ) HIV ( )
- AMH：( ) (自費、術前検査と同時にできていることが望ましい)
- LH ( ) /FSH ( )
- 合併症の有無 ( )
- アレルギーの有無 ( )
- 出血傾向・凝固異常の有無 ( )
- 添付する結果なし ( )

【看護情報】

- 患者背景 社会的、身体的、心理的側面  
    パートナーの有無（有・無）  
    キーパーソン（                                  ）
- がん治療施設の主治医の説明内容、原疾患の治療経過、治療の受け止め  
    （    ）
- 妊孕性温存治療の受け止めや理解度  
    患者           （    ）  
    パートナー（    ）  
    家族           （    ）
- 受診時の体調（    ）  
    ・脱毛、易感染性など手術や化学療法による患者の体調変化、来院時に個別に対応の有無  
    有（    ）  
    無
- 患者の優先事項  
    ・仕事や学校に復帰し、妊孕性温存治療を受ける際に配慮すべき優先事項の有無  
    有（    ）  
    無

## 【患者本人記載】

- 本人の生年月日（採卵時年齢 43歳未満）（          年          月          日）
- 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）
- 妊娠回数（          回）      分娩回数（          回）      現在の児数（          人）
- 最終月経開始日（          年          月          日）
- 通常の月経周期（          日周期）      判れば（排卵前＝低温期・排卵後＝高温期）
- 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生殖機能の温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 ）
- 夫・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 ）

## 【生殖医療医から血液内科医へ】

- 生殖機能温存の有無 ( 有 無：理由 )
- 生殖機能温存の方法  
( 卵子凍結保存 受精卵凍結保存 卵巣凍結保存 )
- 生殖機能温存の時期  
① 年 月 日 ② 年 月 日  
③ 年 月 日 ④ 年 月 日
- 排卵誘発の有無 ( 有 無 )
- 排卵誘発の方法 ( )
- 排卵誘発の回数 ( 回 )
- 卵子または受精卵の凍結保存個数 ( 卵子 個、 受精卵 個)
- 生殖機能温存時の状況  
( 通常通り 特記事項 有： )
- 治療開始可能時期： 年 月 日 ころから可能
- 今後の注意事項
- 凍結卵子・受精卵を使っでの拳児の推奨時期 (あれば)