

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

男性用

施設患者ID 氏名 生年月日(西暦) 年 月 日

- 本患者に対する精子凍結保存時期への主治医の意見
 (すぐに可 できればしないほうが良い)
 理由：
- 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
- (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)
- (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)
 - (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) 原疾患の病状と予後

(有 無：理由)

(2) 今後の治療予定とそれに伴う造精機能の低下の関連性

(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・トラコモティス IgG () /IgA 抗体 ()

HBsAg () HCV () TPHA () HIV ()

○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、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

○ 精子凍結保存の受け止めや理解度 患者、パートナー、家族

○ 受診時の体調

・脱毛や、易感染性など化学療法や放射線療法による患者の体調の変化、来院時に個別に対応が必要かどうか

【患者本人記載】

- 本人の生年月日 (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)
- 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 | (できれば受けない | 迷っている | 話を聞いてから決めたい) |
| 妻・パートナー | (できれば受けない | 迷っている | 話を聞いてから決めたい) |
| 親 | (できれば受けない | 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】

- 精子凍結保存の有無 (有 無：理由)
- 精子凍結保存の時期
 - ① 年 月 日 ② 年 月 日
 - ③ 年 月 日 ④ 年 月 日
- 精子の凍結保存状況 ()

- 今後の注意事項

- 凍結精子を使っの拳児の推奨時期 (あれば)