

## 診療情報提供書（千葉県）

《紹介元医療機関》別途紹介状がある場合は記載不要

名称		診療科	
所在地	〒		
電話番号		FAX	
担当医			

## 《患者さんの基本情報》

フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日      年      月      日 貴院 ID (                      )
------------	--	---

記入日 年 月 日

### (1) 患者情報

- 婚姻状況  
□既婚                      □事実婚                      □その他
- 感染症採血を1年以内に検査を行っている場合、結果を添付してください  
HBV・HCV・梅毒・HIV

(2) 原疾患情報

- 病名・病期（ ）  
乳がんの場合→組織型 ☐luminal ☐HER2 ☐TN ☐luminal-HER2
- 予後（生命予後、再発リスク：抽象表現可）  
（ ）
- 原疾患に対するこれまでの治療内容 ☐以下に記載 ☐別紙添付
- ☐ 手術  
術式（ ）  
手術日（ 年 月）
- ☐ 手術  
術式（ ）  
手術日（ 年 月）

2ページ目に続く

☐ 化学療法

レジメン、使用薬剤、投与量、治療期間を記載してください

抗がん治療薬の最終投与日（      年      月      日）

☐ 放射線治療

照射部位（      ）

照射線量（      ） Gy

施行期間（      年      月      ～      年      月）

☐ 内分泌療法

使用薬剤（      ）

施行期間（      年      月      ～      年      月）

使用薬剤（      ）

施行期間（      年      月      ～      年      月）

中断している場合、いつまでに再開が望ましいか

（      年      月頃までに ）

☐ 造血幹細胞移植

☐ 自家移植      ☐ 同種血移植

☐ 骨髄移植      ☐ 末梢血幹細胞移植      ☐ 臍帯血移植

前処置（      ）

施行日（      年      月）

☐ その他（      ）

3ページ目に続く

- 全身状態  
☐良好    ☐不良
  
- 原疾患の現在の病状と今後のフォローアップについて（どこでどのようにフォローする予定か、など）記入してください  
 （）
  
- 並存疾患や治療による合併症などがあれば記入してください  
 （貴科以外で診療を行っている場合は把握している範囲でご記入ください）  
 （）
  
- 現在使用中の薬剤  
 （）
  
- 主治医から見て、妊娠・分娩を許可できる状態であるか  
☐許可できる    ☐条件付きで許可できる    ☐許可できない  
 条件付きで許可できる場合は、どのような状態であれば許可できるかをご記入ください
  
- 妊娠に関する主治医から患者・家族への説明状況と患者・家族の希望
  
- 不妊治療・妊娠・分娩にあたり、注意すべき事項があればご教示ください  
原疾患が乳癌などホルモン依存性疾患の場合、生殖医療を行うにあたって血中の女性ホルモン値が非生理的に上昇することが許容できるか、女性ホルモン製剤の使用を許可できるかについてもご記載ください