

様式第3号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

（がん治療実施医療機関において記載）

菊川市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された患者に対する原疾患治療及び妊孕性温存治療（※1）を実施することについて、説明し同意を受けたことを証明します。

年 月 日 医療機関の名称

医療機関の所在地

原疾患治療主治医氏名

㊞

妊孕性温存治療を受ける者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
治療方法	原疾患について	
	原疾患名（※2）	
	( ) 左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ( )	
	原疾患に対する治療のうち、生殖機能を損ねる可能性のある治療と開始（予定）日	
	（いずれかの番号に○を付けてください。） 1 薬物療法 左記の治療開始（予定）日 2 放射線療法 年 月 日 3 その他 実施医療機関名 ( ) ( )	
原疾患に対する治療方法の妊孕性温存低下リスクの評価について		
いずれかの番号に○を付けてください。 （複数可） 1 「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療 2 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される（ホルモン療法等）治療 3 造血幹細胞移植を実施する治療 4 アルキル化剤を投与する治療 5 1から4までのいずれにも該当しない ( )		
妊孕性温存治療実施（予定）医療機関名		
( )		

- ※1 生殖機能が低下する又は失われる可能性のある原疾患治療開始前に精子、卵子又は卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、又は卵子を採取し受精させ胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 原疾患名の欄には、がん等の診断名を記載してください。