

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書
（原疾患治療実施医療機関）

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療法（※1）を実施することについて、説明し同意を受け、原疾患治療を実施した（実施予定である）ことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 原疾患主治医氏名（自署） _____

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・性別	年	月	日生 男・女
治療方法	I 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 （ _____ ）		
	II 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			
該当する番号に○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治療（ホルモン療法等） 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 1～4のいずれにも該当しない（ _____ ）				
具体的な治療内容（使用した薬剤・レジメン等）（※3） （ _____ ）				
事業の対象となる原疾患治療を開始した日又は開始予定日		年 月 日		
妊孕性温存療法実施医療機関名		（ _____ ）		

※1 生殖機能が低下する又は失うおそれのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のことです。
 ※2 原疾患名の欄には、がん等の診断名（例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）を記載してください。
 ※3 ○を付けた治療の内容が分かるよう、具体的に記載してください。