

若年がん患者妊孕性温存治療費等助成金交付申請に関する証明書
(原疾患治療実施医療機関)

年 月 日 医療機関の所在地
医療機関の名称
原疾患主治医氏名
(署名又は記名押印)

妊孕性温 存治療を 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のリスク評価について			
	いずれかの番号に○を付けてください。（複数可）			
	1 「小児・AYA世代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（１の場合は以下も確認すること） ☐ 具体的な治療内容について、様式第５号の２にチェックを付け、添付済 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（ホルモン治療法等） 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			
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
妊孕性温存治療実施医療機関名		（		
妊孕性温存治療支援事業（妊孕性温存治療分）の申請回数		1 １回目の申請 2 ２回目の申請（１回目：静岡県内） →市町名〔 〕 3 ２回目の申請（１回目：静岡県外） →都道府県名〔 〕 4 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ		

- ※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
- ※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。