

若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書
(生殖機能温存治療分)

記載例

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した(実施予定である)ことを証明します。

証明書を作成した日付

〇〇 年 〇 月 〇 日

医療機関の所在地

東京都新宿区新宿2-8-1

医療機関の名称

〇〇病院

診療科

血液内科

疾患治療主治医氏名(自署)

△△ △△

・手書きする場合は、ボールペンなど筆跡が消えない筆記具で記入してください。
・誤記入箇所は、二重線で訂正してください。

生殖機能 温存治療を 受けた (受ける)者	ふりがな	とうきょう みやこ	
	氏名	東京 都	
	生年月日 ・性別等	平成〇 年 4 月 1 日生 男・女	
治療方法	原疾患について		
	原疾患名(※1)		左記の診断日
	悪性リンパ腫		〇〇 年 8 月 20 日
			診断医療機関名
			(× × 病院)
	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療		
	事業の対象となる治療として該当する番号に○を付けてください。		
	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がん疾患： 乳がん(ホルモン療法)等		
	3 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患： 再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群(ファンconi貧血等)、原発性免疫不全症候群、 先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EB ウイルス感染症等		
	4 アルキル化剤が投与される非がん疾患： 全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等		
	具体的な治療内容(使用した薬剤・レジメン等) ※2	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	
	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	〇〇 年 9 月 20 日	
		実施医師	自施設で治療を行う場合は、自施設の 名称を記載してください。
		(× × 病院)	
	生殖機能温存治療実施のため紹介する医療機関名を記載してください。 院内他科へ紹介する場合は、自施設の名称を記載してください。		〇〇病院)
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業 又は他道府県の妊孕性温存療法研究促進事業の申請回数		① 1回目の申請 2 2回目の申請 (1回目の申請は東京都) 3 2回目の申請 (1回目の申請は他の道府県) →道府県名 ()	
・今回が何回目の申請か、当てはまる選択肢に○を付けてください。 ・患者が東京都以外の道府県で、過去に本事業助成を受けている 場合は、助成を受けた道府県名を記入してください。			

※1 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。

※2 ○を付けた治療の内容がわかるよう、具体的に記載ください。