

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<br>温存治療を<br>受けた<br>(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<br>・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                                                                    |                                                                                                      |               |
|                                                                                          | 該当する番号に○を付けてください。                                                                          |                                                                                                      |               |
|                                                                                          | ①「小児・AYA世代がん患者等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                              |                                                                                                      |               |
|                                                                                          | 上記1の場合は、具体的な治療内容について、裏面の「化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表」にチェックを付けてください。                         |                                                                                                      |               |
|                                                                                          | 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：<br>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：<br>再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群(ファンコニ貧血)、先天性代謝異常症、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：<br>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                             |                                                                                                      |               |
|                                                                                          | 事業の対象となる原疾患治療を開始した日又は<br>開始予定日                                                             |                                                                                                      | 〇〇 年 9 月 20 日 |
| 生殖機能                                                                                     | 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。<br>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                                                                  |                                                                                            | ① 1回目の申請<br>② 2回目の申請(1回目の申請は東京都)<br>③ 2回目の申請(1回目の申請は他の道府県)<br>→ 道府県名 ( )<br>④ 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ |               |
| ・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。<br>・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。

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表

| 女性         |                                            |                                                                             | 治療による早発卵巣不全(POI)リスク                                            |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|            |                                            |                                                                             | 「低」                                                            | 「中」                                                                  | 「高」                                                                                                             |                                                                                                                              |              |
| 化学療法       | Cyclophosphamide equivalent dose(CED)      |                                                                             | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup>              | <input type="checkbox"/> 4,000～8,000 mg/m <sup>2</sup>               | <input checked="" type="checkbox"/> >8,000 mg/m <sup>2</sup>                                                    |                                                                                                                              |              |
|            | 思春期前(月経未発来)の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難 |                                                                             |                                                                |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            |                                            |                                                                             | <input type="checkbox"/> <8,000 mg/m <sup>2</sup>              | <input type="checkbox"/> 8,000～12,000 mg/m <sup>2</sup>              | <input type="checkbox"/> >12,000 mg/m <sup>2</sup>                                                              |                                                                                                                              |              |
|            | 薬剤別                                        | アルキル化薬                                                                      | CEDの項で該当か所にチェックすること。                                           |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            |                                            | 白金製剤                                                                        |                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> CDDP<600 mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> CBDCA                           | <input type="checkbox"/> CDDP>600 mg/m <sup>2</sup>                                                                          |              |
|            |                                            | 代謝拮抗薬                                                                       | <input type="checkbox"/> Ara-C<br><input type="checkbox"/> GEM | <input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> 6-MP        | <div>・該当する治療合について、全てチェックを付けてください。<br/>・予定していた治療についても、チェックを付けてください。</div>                                        |                                                                                                                              |              |
|            |                                            | ビンカルカロイド                                                                    | <input type="checkbox"/> VCR                                   |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            |                                            | モノクローナル抗体                                                                   | <input type="checkbox"/> Bmab                                  |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            | レジメン別                                      | AC/EC±タキサン                                                                  | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル(40歳未満)                       |                                                                      | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル(40歳以上)                                                                        |                                                                                                                              |              |
|            |                                            |                                                                             | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル+タキサン(35歳未満)               |                                                                      | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル+タキサン(35歳以上)                                                                |                                                                                                                              |              |
|            |                                            |                                                                             |                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル+ dose dense タキサン                                                           |                                                                                                                              |              |
|            |                                            | CMF、CEF<br>CAF、TAC                                                          | <input type="checkbox"/> CMF<br><input type="checkbox"/> CAF   | <input type="checkbox"/> CEF<br><input type="checkbox"/> TAC         | 6サイクル(30歳未満)                                                                                                    | <input type="checkbox"/> CMF<br><input type="checkbox"/> CEF<br><input type="checkbox"/> CAF<br><input type="checkbox"/> TAC | 6サイクル(40歳以上) |
|            |                                            | FOLFOX                                                                      | <input type="checkbox"/> FOLFOX(40歳未満)                         |                                                                      | <input type="checkbox"/> FOLFOX(40歳以上)                                                                          |                                                                                                                              |              |
|            |                                            | Escalated BEACOPP                                                           | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 2サイクル               |                                                                      | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル(30歳未満)                                                       | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6-8サイクル(30歳以上)                                                                    |              |
|            |                                            | CHOP                                                                        | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル(35歳未満)                     |                                                                      | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル(35歳以上)                                                                      |                                                                                                                              |              |
|            |                                            | Dose-adjusted EPOCH                                                         | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル(35歳未満)      |                                                                      | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル(35歳以上)                                                       |                                                                                                                              |              |
|            | その他                                        | <input type="checkbox"/> ABVD<br><input type="checkbox"/> BEP               | <input type="checkbox"/> CVP<br><input type="checkbox"/> EP    |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            |                                            | (30歳未満)                                                                     |                                                                |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
| 疾患別治療      |                                            | <input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病治療<br><input type="checkbox"/> 急性リンパ性白血病治療 |                                                                | <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療<br><input type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療 |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
| 化学療法+放射線治療 |                                            |                                                                             |                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> TMZ+頭蓋照射<br><input type="checkbox"/> BCNU+頭蓋照射<br><input type="checkbox"/> アルキル化薬+骨盤照射 |                                                                                                                              |              |
| 造血幹細胞移植    |                                            |                                                                             |                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> CPA、BU、L-PAMを含むレジメン<br><input checked="" type="checkbox"/> 全身照射を含むレジメン                 |                                                                                                                              |              |
| 放射線治療      |                                            |                                                                             | <input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素(I-131)                         |                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            | 頭蓋照射                                       |                                                                             |                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> >40 Gy                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            | 腹部／骨盤(思春期前)                                |                                                                             | <input type="checkbox"/> 10- <15 Gy                            |                                                                      | <input type="checkbox"/> ≥15 Gy                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            | 腹部／骨盤(思春期以降)                               |                                                                             | <input type="checkbox"/> 5- <10 Gy                             |                                                                      | <input type="checkbox"/> ≥10 Gy                                                                                 |                                                                                                                              |              |
|            | 腹部／骨盤(成人女性)                                |                                                                             |                                                                |                                                                      | <input type="checkbox"/> >6 Gy                                                                                  |                                                                                                                              |              |

| 男性    |                                       |           | 治療関連による無精子症になるリスク                                                                                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
|-------|---------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                       |           | 低リスク                                                                                                                 | 中リスク                                                                                                                         | 高リスク                                                                                                                                                    |
| 化学療法  | Cyclophosphamide equivalent dose(CED) |           | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup> : 約90%は精液所見正常 | —<br>—                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m <sup>2</sup><br>≥4,000 mg/m <sup>2</sup> : 精子運動性低下<br>≥8,000 mg/m <sup>2</sup> : 無精子症が遷延・永続                        |
|       | 薬剤別                                   | アルキル化薬    | CEDの項で該当か所にチェックすること。                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
|       |                                       | 白金製剤      |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> CDDP<600 mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> CBDCA<br><input type="checkbox"/> L-OHP      | <input type="checkbox"/> CDDP>600 mg/m <sup>2</sup>                                                                                                     |
|       |                                       | アントラサイクリン |                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> DXR<br><input type="checkbox"/> DNR<br><input type="checkbox"/> IDR<br><input type="checkbox"/> MIT |                                                                                                                                                         |
|       |                                       | 代謝拮抗薬     | <input type="checkbox"/> 6-MP<br><input type="checkbox"/> Flu                                                        | <input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> Ara-C<br><input type="checkbox"/> GEM                               |                                                                                                                                                         |
|       |                                       | ビンカルカロイド  | <input type="checkbox"/> VCR<br><input type="checkbox"/> ETP<br><input type="checkbox"/> Act-D                       | <input type="checkbox"/> VBL<br><input type="checkbox"/> BLM<br><input type="checkbox"/> MMC                                 |                                                                                                                                                         |
|       |                                       | その他       |                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
|       | レジメン別                                 |           | <input type="checkbox"/> ABVD<br><input type="checkbox"/> COP                                                        | <input type="checkbox"/> CHOP<br><input type="checkbox"/> BEP 2~4サイクル                                                        | <input type="checkbox"/> BEACOPP: >6サイクル<br><input type="checkbox"/> 骨肉腫治療<br><input type="checkbox"/> ユーイング肉腫治療                                        |
|       | 化学療法+放射線治療                            |           |                                                                                                                      |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> アルキル化薬+骨盤照射<br><input type="checkbox"/> アルキル化薬+精巣照射<br><input type="checkbox"/> TMZ+頭蓋照射<br><input type="checkbox"/> BCNU+頭蓋照射 |
|       | 造血幹細胞移植                               |           |                                                                                                                      |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> BU+CPA<br><input type="checkbox"/> Flu+L-PAM<br><input type="checkbox"/> アルキル化薬+全身照射                                           |
| 放射線治療 |                                       |           | <input type="checkbox"/> 放射性ヨウ素(I-131)                                                                               |                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |
|       | 全身照射                                  |           |                                                                                                                      |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 実施あり                                                                                                                           |
|       | 頭蓋照射                                  |           |                                                                                                                      |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ≥40 Gy                                                                                                                         |
|       | 骨盤照射                                  |           |                                                                                                                      |                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 実施あり                                                                                                                           |
|       | 精巣照射                                  |           | <input type="checkbox"/> <0.7 Gy                                                                                     | <input type="checkbox"/> 1~6 Gy                                                                                              | <input type="checkbox"/> 成人男性 >2.5 Gy<br><input type="checkbox"/> 小児 ≥6 Gy                                                                              |

(日本癌治療学会編 小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン2024年12月改訂 第2版より一部改変)