

様式第3号（第6条関係）

（がん治療実施医療機関において記載）

御殿場市若年がん患者妊孕性温存治療費用助成申請に関する証明書

以下のとおり、がん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者に対し妊孕性温存治療（※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 _____
 がん治療主治医氏名 _____ 印

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	基礎疾患について	
	基礎疾患名（※2）	
	(_____) 左記の治療開始（予定）日 _____年 月 日 実施医療機関名 (_____)	
	基礎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。)		
左記の治療開始（予定）日 _____年 月 日 実施医療機関名 (_____) 1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 (_____)		
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がん治療開始前に精子、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 基礎疾患名の欄には、がんの診断名を記載してください。