

様式第3号(第8条関係)

若年がん患者等妊孕性温存治療に関する原疾患治療主治医証明書

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、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

医療機関の名称  
 医療機関の所在地  
 医療機関の電話番号  
 原疾患治療主治医氏名  
 （自署又は記名押印）

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
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について	
	いずれかの番号に○を付けてください。 （複数可）  1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他（ ）	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  実施医療機関名 （ ）
III 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		
いずれかの番号に○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（ホルモン療法等）治療 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（ ）		
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、卵子若しく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又は卵子を採取し、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。