

三重県がん患者妊孕性温存治療費助成申請に係る証明書

下記の者については、「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 2017 年版」に基づき、がん治療により生殖機能が低下する又は生殖機能を失うおそれがあると診断された者に対し、がん治療及び妊孕性温存治療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

医療機関の名称及び所在地 \_\_\_\_\_

がん治療主治医氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

（※主治医が自署又は記名押印）

医療機関記入欄（がん治療主治医がご記入ください）

(ふりがな) 治療者氏名		( )	
受診者生年月日・性別		年 月 日 男 ・ 女	
今回の基礎疾患と それに対する治療 方法	I	基礎疾患	
		基礎疾患名 ( )	左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ( )
	II	基礎疾患に対する治療のうち、生殖機能が低下するまたは生殖機能を失うおそれがある治療	
		1. 薬物療法 2. 放射線治療 3. その他 ( )	生殖機能が低下するまたは生殖機能を失うおそれが予想される治療の開始された日、または、開始予定日 年 月 日 実施医療機関名 ( )

※ 基礎疾患名の欄には、がんの診断名（例：悪性リンパ腫）を記入してください。