

京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業証明書

下記受療者について、下記のとおり生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を実施した（もしくは実施予定である）こと、及び生殖機能温存療法を実施することに伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められたため、受療者（未成年の場合はできる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人）の同意の上で、生殖機能温存療法実施医療機関に紹介を行ったことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 _____
 医療機関の名称 _____
 診療科 _____
 原疾患治療主治医氏名 _____
 (自署)

生殖機能温存療法を受けた(受ける)者	ふりがな	_____		
	氏名	_____		
	生年月日・性別等	年 月 日生	男 ・ 女	
治療方法	原疾患について			
	原疾患名 <u>(※1)</u>	左記の診断日		
	()	年 月 日		
		診断医療機関名 ()		
	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ものに○を付けてください。			
	<input type="checkbox"/> 「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」（一般社団法人日本癌治療学会）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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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（ファンコニ貧血等）、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 <input type="checkbox"/> 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	年 月 日		
	生殖機能温存療法実施医療機関名	()		
	京都府がん患者等生殖機能温存療法等助成事業 （生殖機能温存療法分）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください）	1 1回目の申請 2 2回目の申請 （1回目の申請は同一都道府県） 3 2回目の申請 （1回目の申請は他の都道府県） →都道府県名 { }		
	生殖機能温存療法を実施するまでに行われたがん治療 1 生殖機能温存療法を実施する前にかん治療を行っていない。 2 生殖機能温存療法を実施する前にかん治療を行ったが、それによる生殖機能への影響は少ないと判断した。 3 その他 ()			

※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。