様式第１－３号

大阪府
がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る証明書
（原疾患治療実施医療機関）

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予定である（実施した）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）

（本件に係る問合せ先　所属：　　氏名：　　電話番号　　）

妊よう性温存治療を受けた者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日・性別	年　月　日生　男・女
治療方法	原疾患について	
	原疾患名（※） （　　）	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〇を付けてください。	
	[　] 「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	
	[　] 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	
	[　] 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	
	[　] 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	
	※具体的な治療内容については、様式１－３号（別紙）「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(女性)」若しくは、「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(男性)」の該当する治療プロトコールにチェックまたは該当する欄に記載してください。	
	妊よう性温存治療を原疾患治療中又は原疾患治療後に実施する場合、その医学的必要性について記載してください。（妊よう性温存治療を原疾患治療の前に実施する場合は、記載不要です。）	
	判断日	判断した医師
妊よう性温存治療実施医療機関名 （　　）		

※　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。