

第3号様式（第6条関係）

神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書（がん治療実施医療機関）

生殖機能が低下する又は生殖機能を失う恐れがあるがん治療を次のとおり実施した（実施予定である）ことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

がん治療主治医氏名

印

（自署又は記名押印）

妊孕性 温存治 療を受 けた者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日 ・性別等	年	月	日生 男・女
治療方法	基礎疾患について			
	基礎疾患名（※）	左記の診断日		
	() ()	年	月	日
診断医療機関名 ()				
基礎疾患に対する治療のうち、生殖機能が低下する又は生殖機能を失う恐れがある治療				
いずれかの番号に○を付けてください。		生殖機能を損ねると予想される治療を開始した日又は開始予定日		
1 薬物療法		年	月	日
2 放射線療法		実施医療機関名 ()		
3 その他 ()				
妊孕性温存治療実施医療機関名 ()				
妊孕性温存治療を実施するまでに行われたがん治療				
1 妊孕性温存治療を実施する前にかん治療を行っていない。				
2 妊孕性温存治療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				
()				

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