

第3号様式（第7条関係）

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

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

原疾患治療主治医氏名

（自署）

妊孕性 温存療 法を受 けた又 は受け る予定 の者	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（※）		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、生殖機能が低下する又は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。 （複数可）		生殖機能が低下する又は失う恐れがある原疾患治療 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 （  ）					

※ 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。