

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等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おそ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） \_\_\_\_\_

妊孕性温存治療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	年	月	日生 男・女	
原疾患	原疾患名（がん等の診断名） （例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）		左記の診断日		
	（ ）		年 月 日 診断医療機関 （ ）		
治療方法	がん疾患	<input type="checkbox"/>	ガイドライン※における妊孕性低下リスクが、高・中間・低リスクのいずれかにあたる場合（＝超低リスクにはあたらない場合）		
		<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場合：乳がん（ホルモン療法）等		
	非がん疾患	<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coni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（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		
<input type="checkbox"/> 薬物療法 主な薬剤名 （ ） <input type="checkbox"/> 放射線療法 部位 （ ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）		年 月 日 実施医療機関名 （ ）			
妊孕性温存治療実施医療機関名		（ ）			

※ 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）

問合せ先

神奈川県 がん・疾病対策課  
電話 045-210-5015（直通）

メールアドレス ninnyousei.r8jx@pref.kanagawa.lg.jp