

福岡県小児・AYA世代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)

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(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(※1) 		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。			
	☐ ① 「小児・AYA世代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 (①の場合は以下も確認すること) ☐ 具体的な治療内容について、様式第1－4－2号にチェックを付け、添付済み ☐ ② 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 ☐ ③ 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 ☐ ④ 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			
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		
妊孕性温存療法実施医療機関名		()		
妊孕性温存療法研究促進事業 (妊孕性温存療法分)の助成申請回数 (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 { } 4 上記いずれにも該当せず、原疾患治療の証明のみ		

※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。