

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業 原疾患治療実施証明書

（小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業）

以下のとおり、事業対象となる生殖機能を低下させ、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

医療機関の名称

医療機関の所在地

診療科

原疾患治療主治医氏名（自署）

生殖機能 温存治療 を受ける 者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日・ 年齢	年 月 日生（ ）歳	性別	
治療方法	(1) 事業の対象となる原疾患について ・原疾患名（※1） 〔 〕 ・左記の診断日 年 月 日 ・診断医療機関名 〔 〕			
	(2) 事業の対象となる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。 〔 〕 「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 〔 〕 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 （使用した薬剤・レジメン等）※2 〔 〕			
	事業の対象となる現新患治療を開始した日又は開始予定日 年 月 日			
意思決定支援実施（予定）医療機関名		（ ）・未定		
生殖機能温存治療実施（予定）医療機関名		（ ）・未定		

※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。

※2 ○を付けた治療の内容がわかるよう、具体的に記載ください。

※ 申請は、必要書類を添付の上、支払日の属する年度の末日までに行うよう申請者にご助言ください。

（例：支払日が令和3年10月20日の場合→令和4年3月31日までに申請が必要）