

様式第5号（第8条関係）

若年がん患者等妊孕性温存治療の同意に関する証明書

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下し、又は失う可能性があるとして診断された者に対し妊孕性温存治療を実施することについて説明し、同意を得たことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称 _____

医療機関の所在地 _____

診療科 _____

原疾患主治医氏名 _____

(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	年	月	日	性別 男・女
治療方法	1 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 ()			
	2 原疾患に対する治療方法の妊孕性温存低下リスクの評価について				
	該当に○を付けてください。(複数可)				
	ア 「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」(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 イ 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される治療(ホルモン療法等) ウ 造血幹細胞移植を実施する治療 エ アルキル化剤を投与する治療 オ ア～エのいずれにも該当しない () 具体的な治療内容 (使用した薬剤・レジメン等) ()				
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			
妊孕性温存治療実施医療機関名 ()					

備考 1 妊孕性温存治療とは、生殖機能が低下し、又は失われる可能性のある原疾患治療を行うがん患者等に対し、精子、卵子若しくは卵巣組織を採取し、凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し、受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のことをいう。

2 原疾患名の欄には、がん等の診断名を記入してください。