東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業

対象チェックリスト（男性患者用）

* 担当医の皆様へ（本チェックリストの目的）

　本チェックリストは、生殖機能温存治療を行う患者さんが、東京都の「若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業（生殖機能温存治療分）」の助成対象であるかどうか確認する目的で作成しています。東京都以外の道府県で申請する場合は、当該道府県の要件を御確認下さい。

　本チェックリストに原疾患担当医が記載後、生殖機能温存治療実施医にお渡しください。

１．患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | □男性 | 生年月日　　　　　　年　　月　　日貴院ID(　 ) |

２．原疾患（治療）について（いずれかの項目に☑がつく場合、助成対象です。）

　　※　チェックした治療の詳細を診療情報提供書に記載してください。

【がん患者の場合】（いずれかに☑をつける。）

☐　ガイドライン（※裏面参照）のリスク分類のうち、高リスクの治療を実施（予定）

☐　ガイドラインのリスク分類のうち、中間リスクの治療を実施（予定）

☐　ガイドラインのリスク分類のうち、低リスクの治療を実施（予定）

【非がん患者の場合】（いずれかに☑をつける。）

☐　造血幹細胞移植を実施　　　　　　　☐　アルキル化剤を投与

３．その他の要件（全ての項目に☑がつく場合、助成対象です。）

　　☐　生殖機能温存治療が生命予後に与える影響は、許容される範囲であると認められる。

□　生殖機能温存治療の実施時（凍結保存時）に満４３歳未満である患者である。

☐　東京都内に住民登録されている患者である。

☐　助成を受けようとする費用について、他の助成金等の給付を受けていない患者である。

☐　令和３（２０２１）年４月１日以降に生殖機能温存治療を実施する（した）患者である。

* ガイドラインについて

「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（日本癌治療学会）」

　化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類（男性）ASCO 2013

