

(表面)

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		<input type="checkbox"/> 男性	生年月日 貴院 ID(	年	月	日	)
------------	--	-----------------------------	----------------	---	---	---	---

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。

(裏面)

## ● 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

リスク	治療プロトコール	患者および投与量などの因子	使用対象疾患
高リスク (治療後、一般的に無精子症が遷延、永続する)	アルキル化薬* + 全身照射		白血病への造血幹細胞移植の前処置、リンパ腫、骨髄腫、ユーイング肉腫、神経芽細胞腫
	アルキル化剤* + 骨盤または精巣照射		肉腫、精巣腫瘍
	シクロホスファミド総量	7.5g/m <sup>2</sup>	多くのがん腫と造血幹細胞移植の前処置など
	プロカルバジンを含むレジメン	MOPP** : >3 サイクル BEACOPP : >6 サイクル	ホジキンリンパ腫
	テモゾロミドまたはカルムスチンを含むレジメン + 頭蓋照射		脳腫瘍
	精巣照射	> 2.5Gy (成人男性) > 15Gy (小児)	精巣腫瘍、急性リンパ性白血病、非ホジキンリンパ腫、肉腫、胚細胞腫瘍
	全身照射		造血幹細胞移植
中間リスク (治療後、無精子症が遷延、永続することがある)	重金属を含むレジメン BEP シスプラチン総量 カルボプラチン総量	2-4 サイクル > 400mg/m <sup>2</sup> > 2g/m <sup>2</sup>	精巣腫瘍
	散乱線による精巣への放射線照射	1-6Gy	ウィルムス腫瘍、神経芽細胞腫
	アルキル化薬*以外の薬剤を含むレジメン	ABVD, CHOP, COP, 白血病に対する多剤療法	ホジキンリンパ腫、非ホジキンリンパ腫、白血病
低リスク (一時的な造精機能低下)	精巣に対する放射線照射	0.2-0.7Gy	精巣腫瘍
	アントラサイクリン系 + シタラピン		急性骨髄性白血病
	ピンクリスチンを用いた多剤療法		白血病、リンパ腫、肺がん
超低リスク、またはリスクなし (影響なし)	放射性ヨウ素		甲状腺がん
	散乱による精巣への放射線照射	< 0.2Gy	多くのがん腫
不明	モノクローナル抗体 (ペバシズマブ、セツキシマブなど)		大腸がん、非小細胞肺がん、頭頸部がん
	チロシンキナーゼ阻害薬 (エルロチニブ、イマチニブなど)		非小細胞肺がん、膵臓がん、慢性骨髄性白血病、消化管間質腫瘍

[http://www.asco.org/sites/www.asco.org/files/fp\\_data\\_supplements\\_012914.pdf](http://www.asco.org/sites/www.asco.org/files/fp_data_supplements_012914.pdf)

\*ブスルファン、カルムスチン、シクロホスファミド、イホスファミド、lomustine (本邦未承認)、メルファラン、プロカルバジンなど

\*\*MOPP療法に使用されている mechlorethamine は、本邦未承認

LIVESTRONG Foundation's Fertile Hope Program ([www.livestrong.org/fertilehope](http://www.livestrong.org/fertilehope))

The Foundation does not directly or indirectly engage in the practice of medicine. The information presented here is neither intended nor implied to constitute medical advice, diagnosis, or treatment. Any information provided should not be considered complete and should never be used in place of a visit, call, consultation, or advice of your physician or other health care provider. Always visit or speak to a qualified health service provider in person prior to starting any new treatment or with any questions you may have regarding a medical condition. Do not disregard medical advice or delay in seeking it because of something you have read here.