

若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書
(生殖機能温存治療分)

事業対象となる生殖機能が低下又は喪失する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)

生殖機能 温存治療 を受けた 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 (※)	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			
	治療内容に○を付けてください。 (複数可)	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		
	1 薬物療法	年	月	日
	2 放射線療法	実施医療機関名		
	3 その他	()		
	()	()		
生殖機能温存治療実施医療機関名 ()				
東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業 又は他道府県の妊孕性温存療法研究促進事業 の申請回数 (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 回目の申請は東京都)	
		3	2 回目の申請 (1 回目の申請は他の道府県) →道府県名 { }	

※ 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。