

様式第3号（第6条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療に関するがん治療主治医証明書

以下のとおり、がん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。

令和 年 月 日

医療機関の名称 _____

医療機関の所在地 _____

がん治療主治医氏名 _____ (署名又は記名押印)

妊孕性温存治療を受ける者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
基礎疾患	基礎疾患名 () 基礎疾患の診断日 (年 月 日) 診断医療機関名 ()	
基礎疾患に対する治療	1 薬物療法 2 放射線治療 3 その他 () 上記基礎疾患の治療開始(予定)日 (年 月 日) 実施医療機関名 ()	
妊孕性温存治療実施(予定)医療機関名 ()		

備考

- 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がん治療を行うがん患者に対し、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。
- 基礎疾患の欄には、がんの診断名を記入してください。