様式第１－４－１号

# 三重県
# 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
# （原疾患治療実施医療機関）

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐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）

| | | |
|---|---|---|
| 妊孕性温存療法を受けた（受ける）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（※１）（　　）<br>左記の診断日　年　　月　　日<br>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 | |
| | 事業の対象となる治療として該当するものに〇を付けてください。<br>〔　　〕「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」（一般社団法人日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療<br>（上記に該当する場合は以下も確認すること）<br>□具体的な治療内容について、様式第１－４－２号にチェックを付け、添付済み<br>〔　　〕長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等<br>〔　　〕造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群（ファンコニ貧血等）、原発性免疫不全症候群、先天代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EB ウイルス感染症等<br>〔　　〕アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス、ループス腎炎、多発性筋炎・皮膚筋炎、ベーチェット病等 | |

| | |
|---|---|
| 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 |
| 妊孕性温存療法実施医療機関名 | （　　） |
| 妊孕性温存療法研究促進事業（妊孕性温存療法分）の申請回数<br>（いずれかの番号に〇を付けてください） | １　１回目の申請<br>２　２回目の申請<br>（１回目の申請は三重県）<br>３　２回目の申請<br>（１回目の申請は他の都道府県）<br>→都道府県名｛　　｝<br>４　上記いずれにも該当せず、原疾患治療の照明のみ |

※１　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。