

様式第1-6号

佐賀県
小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業に係る証明書
(妊孕性温存療法実施医療機関)

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊孕性温存療法（※1）を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

診療科

妊孕性温存療法主治医氏名

(自署)

妊孕性温存療法を受けた者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日・性別等	年 月 日生	男・女
小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存治療支援事業の対象医療機関ですか。		はい ・ いいえ	
妊孕性温存療法について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名		医療機関の名称 () 原疾患主治医の氏名 ()	
治療方法	I	男性へ妊孕性温存療法を実施した場合は、こちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)	
		1 精子凍結保存	妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)
		2 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()
	II	女性へ妊孕性温存療法を実施した場合はこちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)	
		1 胚(受精卵)凍結保存	妊孕性温存療法開始日 (年 月 日) 凍結保存日 (年 月 日) 妊孕性温存療法終了日 (年 月 日) (上記実施日と同じ場合も記載してください。)
		2 未受精卵子凍結保存 3 卵巣組織凍結保存	実施医療機関 ()
III	他医療機関にて、凍結保管を行っている場合はこちらに記入してください。 (いずれかの番号に○を付けてください。)		
	1 精子 2 胚(受精卵)、 未受精卵子、卵巣組織	凍結保存期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ※申請時において保存中の場合は開始日のみ記載 保管機関 ()	

治療期間

年 月 日 ~ 年 月 日

治療実施証明に関する問合せ先

担当課

担当者

電話番号

— —

※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。