

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
 (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		()			
		()			
妊孕性温存療法実施医療機関名 ()					

※ 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。