

(表)

様式第3号(第6条関係・がん治療実施医療機関において記載)

佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療実施証明書

次の者については、「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」に基づき、がん治療により妊孕性が低下する、又は失うおそれがあり、妊孕性温存治療()を実施することについて本人に説明し同意を得たことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

がん治療主治医氏名 _____ 印

(主治医が自署又は記名押印)

医療機関記入欄(がん治療主治医がご記入ください)

(ふりがな) 患者氏名	()	
患者生年月日	年 月 日	
今回の原疾患とそれ に対する治療方法	原疾患	
	原疾患名 ()	左記の診断日 令和 年 月 日 診断医療機関名 ()
	原疾患に対する治療のうち、妊孕性が低下する、又は失うおそれがある 治療(複数の治療が行われる場合は、裏面にご記入ください。)	左記治療の開始された日、または、開始予定日 令和 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	()	

がん等の治療により妊孕性が低下するまたは失うおそれのある場合に行われる、精子、卵子、卵巢組織の採取・凍結及び胚(受精卵)の凍結

(裏)

(複数の治療が行われる場合)

原疾患に対する治療のうち、妊孕性が低下する、又は失うおそれがある治療		
2	1. 薬物療法 2. 放射線療法 3. 手術 4. その他 ()	左記治療の開始された日、または、開始予定日 令和 年 月 日
3	1. 薬物療法 2. 放射線療法 3. 手術 4. その他 ()	左記治療の開始された日、または、開始予定日 令和 年 月 日
4	1. 薬物療法 2. 放射線療法 3. 手術 4. その他 ()	左記治療の開始された日、または、開始予定日 令和 年 月 日
5	1. 薬物療法 2. 放射線療法 3. 手術 4. その他 ()	左記治療の開始された日、または、開始予定日 令和 年 月 日