

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る証明書
（原疾患治療実施医療機関）

生殖機能が低下する又は失うおそ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 温存治 療を受 けた又 は受け る予定 の者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日 ・性別	年 月 日生	男 ・ 女
原疾患	原疾患名（がん等の診断名） （例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など）		左記の診断日 年 月 日
			診断医療機関 ()
治療方法	がん疾患	1 ☐	ガイドライン※の妊孕性低下リスク分類に示された治療にあたる場合 （以下も確認すること） ☐ 具体的な治療内容について、第3-2号様式にチェックを付け、添付
		2 ☐	長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される場合：乳がん（ホルモン療法）等
	非がん疾患	3 ☐	【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coni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
		4 ☐	【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
	治療方法が2～4に該当する場合、 具体的な治療内容（複数可）		生殖機能が低下する又は失う恐れがある原疾患治療を開始した日又は開始予定日
☐ 薬物療法 主な薬剤名 ☐ 放射線療法 部位 ☐ その他 		年 月 日 実施医療機関名 ()	
妊孕性温存治療 実施医療機関名		()	

※ 小児・AYA世代のがん患者等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）

問合せ先

神奈川県 がん・疾病対策課

電話 045-210-5015（直通）

メールアドレス ninnyousei.r8jx@pref.kanagawa.lg.jp