

様式第 2 号（第 7 条関係）

若年がん患者等生殖機能温存治療に係るがん治療等証明書

次のとおり、がん等治療により生殖機能が低下し、又は失われる可能性があるとして診断された者に対し、がん等治療及び生殖機能温存治療を実施することについて説明し、同意を得たことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

がん等治療の主治医氏名（自署）

生殖機能 温存治療を 受けた者	ふりがな		性 別
	氏 名		男・女
	生年月日	年 月 日 （ 歳）	
治 療 方 法	原疾患	原疾患名（がん等の診断名）	
		原疾患の診断日	年 月 日
		診断医療機関名	
	原疾患に 対する治療	原疾患に対する治療のうち、生殖機能低下し、又は失われる可能性がある治療	
		治療方法（該当する番号に○）	
		1 薬物療法	
		2 放射線療法	
		3 その他（ ）	
		上記の治療開始（予定）日	年 月 日
		実施医療機関名	
生殖機能温存治療実施（予定）医療機関の名称			

備考 生殖機能温存治療とは、生殖機能が低下し、又は失われる可能性があるがん治療に際して、精子、卵子若しくは卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為をいいます。