

様式第5号（原疾患治療実施医療機関において記載）

※生殖機能温存療法実施日が令和3年3月31日以前の場合は旧様式を使用してください

京都府がん患者等生殖機能温存療法助成事業証明書

下記受療者について、下記のとおり生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を実施した（もしくは実施予定である）こと、及び生殖機能温存療法を実施することに伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められたため、受療者（未成年の場合はできる限り本人も説明を受けた上で、親権者又は未成年後見人）の同意の上で、生殖機能温存療法実施医療機関に紹介を行ったことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

原疾患治療主治医氏名 _____ (印)

医療機関記入欄（原疾患治療主治医がご記入ください）

ふりがな 受療者氏名		
受療者生年月日 性別	年 月 日	男 ・ 女
今回の治療方法	<u>原疾患</u>	
	<u>原疾患名</u> ()	左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ()
	<u>原疾患に対する治療のうち、生殖機能が低下するまたは生殖機能を失う恐れがある治療</u>	
	1.化学療法 2.放射線治療 3.その他 ()	生殖機能を損ねると予想される <u>原疾患に</u> <u>対する</u> 治療の開始された日、または、開始 予定日 年 月 日 実施医療機関名 ()
生殖機能温存療法実施（予定）医療機関名 ()		
生殖機能温存療法を実施するまでに行われたがん治療 1 生殖機能温存療法を実施する前にかん治療を行っていない。 2 生殖機能温存療法を実施する前にかん治療を行ったが、それによる生殖機能への影響は少ないと判断した。 3 その他 ()		