

がん等治療実施証明書

年 月 日

（宛先） 富士市長

医療機関 所在地
名 称
主治医氏名
（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。）

妊よう性を低下させる、又は失うおそれのあるがん等の治療を行うことについて、次の者の同意を受け、次の治療を実施した(実施する予定である)ことを証明します。

受診者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
治 療 内 容	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方法の妊よう性温存低下リスクの評価について、該当するものに○を付けてください。（複数可） 1 「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」（日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療 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治療（ホルモン療法等） 3 造血幹細胞移植を実施する治療 4 アルキル化剤を投与する治療 5 その他（ ） 具体的な治療内容（使用した薬剤・レジメン等） 上記で○を付けた治療の内容が分かるように具体的に記載してください。			
原疾患治療を開始した日又は開始予定日			年 月 日	
妊よう性温存治療実施医療機関名				