

第2号様式（妊孕性温存治療実施医療機関において記載）

名古屋市がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請に係る証明書
（妊孕性温存治療実施医療機関）

以下のとおり、「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 2017 年版」に基づき、がん治療により生殖機能が低下する又は失う可能性がある者と診断された者に対し、妊孕性温存治療を実施することについて対象者に説明し、同意の上治療し、治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

日本産科婦人科学会の登録施設番号

日本がん・生殖医療登録システム登録番号

（登録している場合）

妊孕性温存治療主治医氏名

（※自署）

医療機関記入欄（妊孕性温存治療主治医がご記入ください）

対象者	ふりがな			性別	男 ・ 女			
	氏名							
	生年月日	年	月	日	（初診日（※1）における年齢 歳）			
治療方法	I	治療前に意思決定支援を行った場合は、こちらにご記入ください。（※2）						
		実施期間	年	月	日	～	年	月
	II	実施医療機関名	〔					
		担当医名	〕					
		男性に妊孕性温存治療を行った場合は、こちらにご記入ください。						
III	（いずれかの番号に○）	左記の治療期間						
	1.精子採取・凍結保存	年	月	日	～	年	月	日
	2.精巣内精子採取・凍結保存	実施医療機関名・担当医名						
IV	治療の結果（いずれかに☑）	〔						
	□凍結保存	□体調不良等により中止						
	女性に妊孕性温存治療を行った場合は、こちらにご記入ください。							
IV	（いずれかの番号に○）	左記の治療期間						
	1.受精卵凍結保存	年	月	日	～	年	月	日
	2.卵子採取・凍結保存	実施医療機関名・担当医名						
IV	3.卵巣組織採取・凍結保存	〔						
	治療の結果（いずれかに☑）	〔						
	□凍結保存	□体調不良等により中止						
IV	I～III以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。（※3）							
	他医療機関への依頼	なし・あり	院外処方		なし・あり			
	医療機関・担当医名	指示内容〔						
領収金額	上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない							
	円 （Iを除く。第4号様式で証明）							

※1 意思決定支援または妊孕性温存治療実施医療機関での初診日。この日において40歳未満の方が対象です。

※2 意思決定支援を受けた場合は、別途意思決定支援医療機関の証明書（第4号様式）が必要です。

※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、その医療機関名と指示内容について記入し、主治医が患者から治療費として支払った領収書の提出を受け、金額が確認できた場合は主治医が領収金額を記載してください。