

第3号様式（がん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（がん治療実施医療機関）

「小児、思春期・若年がん患者の妊よう性温存に関する診療ガイドライン 2017年版」に基づき、以下の対象者について、生殖機能が低下する又は失う可能性があるがん治療を次のとおり実施した（実施する予定である）ことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地 _____

がん治療主治医氏名 _____

（※自署）

医療機関記入欄（がん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	

今回の基礎疾患とそれに対する治療方法	I	基礎疾患	
		基礎疾患名 ()	左記の診断日 年 月 日 診断医療機関名 ()
	II	基礎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おそれがある治療	
		1. 薬物療法 2. 放射線治療 3. その他 ()	生殖機能が低下するまたは生殖機能を失うおそれが予想される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 ()

※ 基礎疾患名の欄には、がんの診断名（例：悪性リンパ腫）を記入してください。