

第4号様式（意思決定支援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かかる証明書  
（意思決定支援医療機関）

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として診断された者に対し、妊孕性温存治療の実施に関する意思決定支援を実施し、次のとおり治療費を徴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 \_\_\_\_\_

意思決定支援主治医氏名 \_\_\_\_\_  
（※自署）

医療機関記入欄（意思決定支援を実施した医師が御記入ください。）

対象者	ふりがな			性別	男 ・ 女
	氏名				
	生年月日	年	月	日	（初診日(※)における年齢 歳）
内容	日本がん・生殖医療学会の認定又はこれに準ずると愛知県がん・生殖医療ネットワークが認めた意思決定支援施設における意思決定のための支援				
	意思決定支援についてのがん治療医の同意 <input type="checkbox"/> （原疾患のがん治療医から紹介があり意思決定支援を 実施した場合は□にチェック☑を入れてください。）			意思決定支援期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
がん治療医療機関名 _____ がん治療主治医名 _____			実施医療機関名 ( )		
領収金額	円				

※ 意思決定支援または妊孕性温存治療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。