（様式第７号） がん治療医療機関において記載

宮城県がん患者生殖機能温存治療実施証明書

以下のとおり、がん治療により生殖機能が低下する又は生殖機能を失うおそれがあると診断された者に対し、宮城県がん患者生殖機能温存治療費等助成金交付要綱第２（１）に基づく、生殖機能温存治療（※１）を実施することについて説明し、同意を得たことを証明します。

年　　　月　　　日

医療機関の名称

医療機関の所在地

がん治療主治医氏名 　 印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生殖機能温存治療を受ける者 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日・性別 | 年　　　　月　　　　日生　　　　　　　男　・　女 |
| 治療方法 | 基礎疾患について |
| 基礎疾患名（※２）　　　　　　　　　　　左記の診断日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診断医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 基礎疾患に対する治療のうち、生殖機能を損ねると予想される治療の開始（予定）日 |
| （いずれかの番号に〇を付けてください。）１　化学療法　　　　　　　　　　　　　　左記の治療開始（予定）日２　放射線治療　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日３　その他　　　　　　　　　　　　　　　実施医療機関名　　 |
| 生殖機能温存治療実施（予定）医療機関名 |
| 生殖機能温存治療意思決定カウンセリング実施（予定）医療機関 |

※１　生殖機能温存治療とは、生殖機能が低下する又は失う恐れのあるがん治療に関して精子、卵子又

は卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し受精させ胚（受

精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと

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