

本様式は、原疾患の治療を行う医師が記載します。

様式第1-4号（第8条第1項第二号関係）

埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

事業対象となる生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
(実施予定である) ことを証明します。

2024年4月20日

医療機関の所在地 さいたま市浦和区高砂〇-〇
医療機関の名称 ××病院
診療科 乳腺外科
原疾患治療主治医氏名 △△ □□
(自署)

妊孕性温存療法を受けた(受ける)者	ふりがな	さいたま はなこ	
	氏名	埼玉 花子	
	生年月日・性別等	1994年4月1日生	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
治療方法	原疾患について	原疾患名(※1) (乳がん)	
		左記の診断日 2024年3月15日 診断医療機関名 (××病院)	
	原疾患に対する治療のうち、事業の対象となる治療	事業の対象となる治療として該当するものに○を付けてください。 「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」(一般社団法人日本癌治療学会)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 〔 <input type="checkbox"/> 〕 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん(ホルモン療法)等 〔 <input type="checkbox"/> 〕 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血、遺伝性骨髄不全症候群(ファンconi貧血等)、原発性免疫不全症候群、先天性代謝異常症、サラセミア、鎌状赤血球症、慢性活動性EBウイルス感染症等 〔 <input type="checkbox"/> 〕 アルキル化剤が投与される非が、発性筋炎・皮膚筋炎、ペーチェ	
	具体的な治療内容(使用した薬剤・レジメン等)※2	(トラスツマブ、パクリタキセル)	
事業の対象となる原疾患治療を開始した日又は開始予定日	2024年5月20日		
妊孕性温存療法実施医療機関名	(△△病院)		
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数(いずれかの番号に○を付けてください)	① 1回目の申請 ② 2回目の申請(1回目の申請は埼玉県) ③ 2回目の申請(1回目の申請は他の都道府県)→都道府県名 { }		

事業の対象となる具体的な治療内容(予定も含む)を記載してください。

2回分まとめて申請する場合は、「1」「2」両方に○を付けてください。

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例：悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

※2 ○を付けた治療の内容がわかるよう、具体的に記載ください。

記載内容に関する問合せ先	
担当課	乳腺外科
担当者	〇〇
電話番号	048-830-3598