

様式第4号（第6条関係）

妊孕性温存治療の同意に関する証明書

年 月 日

（宛先）湖西市長

医療機関の所在地

医療機関の名称

がん治療主治医氏名

印

次のとおり、がん治療により生殖機能が低下する可能性又は生殖機能を失う可能性がある  
と診断された患者に対し、妊孕性温存治療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。

|                    |  |       |       |
|--------------------|--|-------|-------|
| 患者                 | 氏名   | 生年月日  | 年 月 日 |
|                    | 住所   |       |       |
| 基礎疾患               | 基礎疾患名  |       |       |
|                    | 基礎疾患の診断日   | 年 月 日 |       |
|                    | 診断医療機関名  |       |       |
| 基礎疾患に<br>対する治療     | 基礎疾患に対する治療のうち、生殖機能を損ねる可能性のある治療<br><input type="checkbox"/> 薬物療法<br><input type="checkbox"/> 放射線療法<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |       |       |
|                    | 上記の治療開始（予定）日   | 年 月 日 |       |
|                    | 実施医療機関名  |       |       |
| 妊孕性温存治療実施（予定）医療機関名 |  |       |       |

備考

- 1 妊孕性温存治療とは、生殖機能が低下する可能性又は生殖機能を失う可能性のあるがん治療を行う  
がん患者に対し、精子、卵子若しく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又は卵子  
を採取し受精させた胚を凍結保存するまでの一連の医療行為をいいます。
- 2 基礎疾患名の欄には、がんの診断名を記入してください。