

様式第3号（第6条関係）

妊孕性温存治療実施証明書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

所在地

医療機関 名称

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、同意を得て
治療した上で治療費を領収したことを証明します。

患者	氏名	生年月日	年 月 日
	住所		
妊孕性温存治療の開始日		年 月 日	
治療内容	(1)	男性が妊孕性温存を受けた場合は、こちらに記入してください。	
		<input type="checkbox"/> 精子凍結保存 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取凍結保存	治療終了日
	<input type="checkbox"/> 精巣上体精子採取凍結保存	年 月 日	
	(2)	女性が妊孕性温存を受けた場合は、こちらに記入してください。	
		<input type="checkbox"/> 受精卵凍結保存 <input type="checkbox"/> 卵子凍結保存	治療終了日
	<input type="checkbox"/> 卵巣組織凍結保存	年 月 日	
(3)	(1)・(2)以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合はこちらに記入してください。ただし、貴院にて40万円（精子の採取凍結については2万円）を超えた妊孕性温存治療を実施した場合は、記入する必要はありません。		
	<input type="checkbox"/> ①他医療機関への依頼	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ②院外処方 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	医療機関名	依頼内容	
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおりに）	

備考

- 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。
- 妊孕性温存治療の開始日とは、精子、卵子又は卵巣組織の採取のための治療の開始日をいいます。
- 主治医の治療方針により、主治医の属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合は、患者から他の医療機関で治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を裏面に記載してください。