

様式第2号（第6条関係）

若年がん患者等妊孕性温存治療実施証明書

以下のとおり、原疾患治療により生殖機能が低下し、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を実施することについて説明し、同意を得た上で実施した治療についての費用を徴収し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

妊孕性温存治療主治医氏名

（自署又は記名押印）

妊孕性温	ふりがな			
存治療を	氏名			
受けた者	生年月日	年 月 日	性別	男・女
妊孕性温存治療について紹介を受けた原疾患主治医が所属する医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ ） 原疾患主治医の氏名（ ）		
治療方法	1 男性へ妊孕性温存治療を実施した場合			
	該当に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日）		
	ア 精子凍結保存	妊孕性温存治療終了日（ 年 月 日）		
	イ 精子凍結保存 (精巣内精子採取)	実施医療機関 ()		
	2 女性へ妊孕性温存治療を実施した場合			
	該当に○を付けてください。	妊孕性温存治療開始日（ 年 月 日） 凍結保存日（ 年 月 日）		
	ア 胚（受精卵）凍結保存	妊孕性温存治療終了日（ 年 月 日）		
	イ 未受精卵子凍結保存	実施医療機関		
	ウ 卵巣組織凍結保存	()		
	3 1及び2以外で他医療機関依頼、院外処方等がある場合 他医療機関への依頼 あり・なし 院外処方 あり・なし 医療機関名（ ） 依頼内容（ ） 上記の医療費について、今回の領収金額に 含む ・ 含まない			
領収金額合計		円（内訳は裏面のとおり）		
備考				

備考 1 妊孕性温存治療とは、生殖機能が低下し、又は失われる可能性のある原疾患治療を行うがん患者等に対し、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、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為のことをいう。

2 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他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が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供を受け、領収金額を裏面に記入してください。

3 妊孕性温存治療が正常に行えなかった等の治療内容に係る留意事項は備考欄に記入してください。

