

第3号様式（第6条関係）

原疾患治療実施証明書

年 月 日

富士宮市長 宛

所在地
医療機関 名称
主治医氏名

次の者について、生殖機能が低下する又は失うおそれのある原疾患の治療を行うことについて、同意を受けたことを証明します。

受診者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
治療内容	原疾患			
	原疾患名	左記の診断日 年 月 日 実施医療機関名		
	基礎疾患に対する治療のうち、生殖機能が低下するおそれのあるもの及びその開始（予定）日			
	1 化学療法 2 放射線療法 3 その他	左記の治療開始（予定）日 年 月 日 実施医療機関名		
原疾患に対する治療による妊孕性低下リスクの評価				
1 ガイドラインの妊孕性低下リスク分類に示された高・中間・低リスクの治療 2 長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される治療 3 造血幹細胞移植を実施する治療 4 アルキル化剤を投与する治療 5 1から4までのいずれにも該当しない ()				
妊孕性温存治療実施（予定）医療機関名				