

真庭市若年がん患者妊孕性温存治療の同意に関する証明書

以下のとおり、がん治療により生殖機能が低下し、又は失うおそれがあると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 _____

がん治療主治医氏名 _____ 印

妊孕性温存治療を受ける者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	____年 ____月 ____日
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 ()	
基礎疾患に対する治療	1 薬物療法 2 放射線療法 3 その他 () 上記基礎疾患の治療開始(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、生殖機能が低下し、又は失うおそれがあるがん治療を行うがん患者に対し、精子、卵子若しくは卵巢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 基礎疾患名の欄には、がんの診断名を記入してください。