

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業 意思決定支援実施証明書

下記の者については、「小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」に基づき、がん治療により生殖機能を低下させ、又は失うおそれがあると診断された者に対し、生殖機能温存治療を実施することに関する意思決定支援を実施し、次のとおり治療費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

医師名（自署）

医療機関記入欄（意思決定支援を実施した医師がご記入ください。）

意思決定 支援を受 けた者	ふりがな		性別	
	氏 名			
	生年月日・年齢	年 月 日 生	(歳)	
治療 内容	☐ 日本がん・生殖医療学会の認定又はこれに準ずると岐阜県がん・生殖医療ネットワークが認めた意思決定支援施設における意思決定のための支援である。			
	☐ 下記の原疾患治療機関から紹介があった患者である。 原疾患治療医療機関名（ ）病院（ ）科 原患治療の主治医名（ ）			
	☐ 意思決定支援を下記の期間に行った。			
	治療期間		支払日	
	年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日	
	意思決定支援の結果、生殖機能温存治療については			
	☐ 受けることを確認した。 ☐ 受けないことを確認した。			
領収 金額	今回の意思決定支援に要した助成対象費用の合計 領収金額 円			

※ 申請は、必要書類を添付の上、支払日の属する年度の末日までに行うよう申請者にご助言ください。
(例：支払日が令和3年10月20日の場合→令和4年3月31日までに申請が必要)