

意思決定支援（カウンセリング）実施医療機関証明書

以下のとおり、がん治療等により生殖機能が低下する又は失う可能性があるとして診断された者に対し、妊よう性温存治療の実施に関する意思決定支援（カウンセリング）を実施し、妊よう性温存治療を受けないことを確認したことを証明します。

医療機関記入欄（意思決定支援（カウンセリング）を実施した医師が御記入ください。）

対象者	ふりがな	よこはま はなこ	性別	男 ・ 女
	氏名	横浜 花子		
	生年月日	平成 2 年 3 月 9 日(意思決定支援実施日(※1)における年齢 34 歳)		
内容	都道府県が厚生労働省の「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要綱」の規定に基づき指定した医療機関における、意思決定のための支援			
	意思決定支援(カウンセリング)の結果、妊よう性温存治療について ☒ 受けないことを確認した。 (受けないことを確認し、□にチェック ☒ を入れてください。) 意思決定支援(カウンセリング)についての 原疾患の治療医の同意 ☒ (原疾患の治療医から紹介があり意思決定支援(カウンセリング)を実施した場合は □にチェック ☒ を入れてください。) 原疾患治療医療機関名 <u>〇〇病院</u> 原疾患治療主治医名 <u>みなと たろう</u> (紹介元の医療機関名・主治医名をご記入ください)		意思決定支援（カウンセリング）実施日 (複数日にわたって実施した場合は、すべての日付を記載) 初回 2024 年 5 月 10 日 2 回目 2024 年 5 月 15 日 3 回目 年 月 日	
原疾患の治療医療機関等について、カウンセリングを実施した医師が記入してください。同じ病院内の場合でも記載してください。				
医療機関名 <u>〇〇病院</u>				
住所 <u>横浜市中区山下町〇-〇-×</u>				
意思決定支援(カウンセリング)主治医氏名 <u>関内 市子</u> (※自署)				
押印不要です。				

※1 意思決定支援（カウンセリング）の初診日において 43 歳未満の方が対象です。

※2 本助成金の対象となる原疾患の治療は、横浜市若年がん患者等妊よう性温存治療に関する助成要綱第3条第1項第3号で定められた治療です。