

第1号様式（第4条、第6条関係）（意思決定支援実施医療機関において記載）

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、妊孕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、妊孕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）を実施した医師がご記入ください。）

対 象 者	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
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）実施日	初回日	年	月	日（実施日 歳）
	※初回到43歳未満の方が横須賀市の補助金交付対象者です。	終了日	年	月	日（実施日 歳）
	以下2点ご確認いただき、 <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。				
<input type="checkbox"/> 意思決定支援(カウンセリング)の結果、妊孕性温存治療について、治療を受けないことを確認した。 <input type="checkbox"/> 意思決定支援(カウンセリング)について、原疾患の治療医の同意を得た。 （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）  原疾患治療医療機関名 _____  原疾患治療主治医名 _____  （紹介元の医療機関名・主治医名をご記入ください。）					
証明書記入日 年 月 日					
医療機関名 _____					
住所 _____					
意思決定支援(カウンセリング)主治医氏名 _____ （※自署）					