

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業実施要綱

新旧対照表

| 新  | 旧  |
|--|--|
| <p>秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業実施要綱</p> <p>1～3 略</p> <p>4-1 妊よう性温存療法の対象者<br/>本事業の妊よう性温存療法対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。</p> <p>(1)～(4) 略</p> <p>(5) 説明及び同意<br/>妊よう性温存療法指定医療機関から、妊よう性温存療法を受けること及び「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（<u>令和8年4月7日付け 厚生発 0407 第 20 号</u>厚生労働省健康・生活衛生局長通知別紙。以下「国実施要綱」という。）」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本事業に参加することについて同意した者。<br/>対象者が未成年患者の場合は、<u>原則として、妊よう性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、未成年患者本人（※）及び親権者又は未成年後見人等</u>による同意を得た者。<br/><u>※年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊よう性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、本事業に参加することに対する本人同意の取得も不要とする。</u></p> <p>4-2～16 略</p> <p>附 則 略</p> <p><u>附 則</u></p> <p><u>1 この要綱は、令和8年6月15日から施行し、令和8年4月1日以降に実施した妊よう性温存療法及び温存後生殖補助医療に要する費用の助成から適用する。</u></p> | <p>秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業実施要綱</p> <p>1～3 略</p> <p>4-1 妊よう性温存療法の対象者<br/>本事業の妊よう性温存療法対象者については、以下の条件を全て満たす者とする。</p> <p>(1)～(4) 略</p> <p>(5) 説明及び同意<br/>妊よう性温存療法指定医療機関から、妊よう性温存療法を受けること及び「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（<u>令和7年4月1日付け 厚生発 0401 第 66 号</u>厚生労働省健康・生活衛生局長通知別紙。以下「国実施要綱」という。）」に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて説明を受けた上で、本事業に参加することについて同意した者。<br/>対象者が未成年患者の場合は、<u>できる限り本人も説明を受けた上で、</u>親権者又は未成年後見人による同意を得た者。</p> <p>4-2～16 略</p> <p>附 則 略</p> |

| 新  | 旧           |
|--|-------------|
| <p>2 <u>この要綱による改正前の要綱に定める様式により作成された用紙は、当分の間、これを準用して使用することができる。</u></p> | <hr/> <hr/> |

新

様式第1-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(妊よう性温存療法分)

秋田県知事 まで
次のとおり申請します。

Form with fields for applicant information, application details, and contact information. Includes sections for 'Applicant', 'Applicant for fertility preservation therapy', and 'Submission'.

旧

様式第1-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(妊よう性温存療法分)

秋田県知事 まで
次のとおり申請します。

Form with fields for applicant information, application details, and contact information. Includes sections for 'Applicant', 'Applicant for fertility preservation therapy', and 'Submission'.

新

◎注意事項

- 1 妊よう性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者様には**匿名**、親権者名又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、**妊よう性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に照し、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊よう性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊よう性温存療法を受けた者の自害は不慮です。**
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、秋田県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊よう性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は3万円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵は20万円、卵巣組織は50万円が上限となります。
- 6 助成回数は、通算2回までです（異なる治療を受けた場合であっても通算2回までです）。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第1-3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号、様式第1-3号及び様式第1-4号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 10 本事業に参加する方の妊よう性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えたと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。

申請方法

＊＊持参の場合＊＊

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）  
 受付時間：8時30分～17時15分  
 （土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

＊＊郵送の場合＊＊

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号  
 秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム  
 ※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。  
 （郵送料は申請者をご負担ください。）  
 ※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、必ず申請書に電話番号をご記入ください。

問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム  
 電話：018-860-1428（直通）

旧

◎注意事項

- 1 妊よう性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者様には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、秋田県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊よう性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は3万円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵は20万円、卵巣組織は50万円が上限となります。
- 6 助成回数は、通算2回までです（異なる治療を受けた場合であっても通算2回までです）。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。
- 8 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第1-3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号、様式第1-3号及び様式第1-4号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 10 本事業に参加する方の妊よう性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えたと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。

申請方法

＊＊持参の場合＊＊

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）  
 受付時間：8時30分～17時15分  
 （土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

＊＊郵送の場合＊＊

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号  
 秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム  
 ※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。  
 （郵送料は申請者をご負担ください。）  
 ※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、必ず申請書に電話番号をご記入ください。

問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム  
 電話：018-860-1428（直通）

新

様式第1-3号

秋田県  
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関)

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存療法(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

連携機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 連携機関の名称 \_\_\_\_\_  
 診療科(※2) \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_  
 (自署)

|  |          |              |    |                   |  |
|--|----------|--------------|----|-------------------|--|
| 妊よう性温存療法を受けた者                              | ふりがな     | -----        |    |                   |  |
|  | 氏名       | -----        |    |                   |  |
|  | 生年月日・性別等 | 年 月 日        | 日生 | 男・女               |  |
| 妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊よう性温存療法指定医療機関名と当該医師名 |          | 医療機関の名称( )   |    | 妊よう性温存療法主治医の氏名( ) |  |
| 領収金額合計 ※3                                  |          | 円(内訳は以下のとおり) |    |                   |  |
| 領収金額内訳                                     | 項目       | 費用           |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
| 備考   |          |              |    |                   |  |

|              |
|--------------|
| 治療期間         |
| 年 月 日～ 年 月 日 |

|              |     |
|--------------|-----|
| 領収金額に関する問合せ先 |     |
| 担当課          |     |
| 担当者          |     |
| 電話番号         | — — |

- ※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は顕微鏡を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為。若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 産科の場合は記載不要。
- ※3 助成の対象となる費用は、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

旧

様式第1-3号

秋田県  
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(妊よう性温存療法実施医療機関の連携機関)

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、妊よう性温存療法実施医療機関の指導に基づく妊よう性温存療法(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 診療科 \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_  
 (自署)

|  |          |              |    |                   |  |
|--|----------|--------------|----|-------------------|--|
| 妊よう性温存療法を受けた者                              | ふりがな     | -----        |    |                   |  |
|  | 氏名       | -----        |    |                   |  |
|  | 生年月日・性別等 | 年 月 日        | 日生 | 男・女               |  |
| 妊よう性温存療法を受ける患者の紹介を受けた妊よう性温存療法指定医療機関名と当該医師名 |          | 医療機関の名称( )   |    | 妊よう性温存療法主治医の氏名( ) |  |
| 領収金額合計 ※2                                  |          | 円(内訳は以下のとおり) |    |                   |  |
| 領収金額内訳                                     | 項目       | 費用           |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
|  |          | 円            |    |                   |  |
| 備考   |          |              |    |                   |  |

|              |
|--------------|
| 治療期間         |
| 年 月 日～ 年 月 日 |

|              |     |
|--------------|-----|
| 領収金額に関する問合せ先 |     |
| 担当課          |     |
| 担当者          |     |
| 電話番号         | — — |

- ※1 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は顕微鏡を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為。若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと。
- ※2 助成の対象となる費用は、妊よう性温存療法及び初回の凍結保存に要した費用に限るものとし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。

新

旧

様式第1-4号

様式第1-4号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

事業対象となる生種機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
(実施予定である)ことを証明します。

事業対象となる生種機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
(実施予定である)ことを証明します。

年 月 日

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
原疾患治療主治医氏名

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
原疾患治療主治医氏名

Form with fields for patient name, birth date, diagnosis, treatment methods, and application dates. Includes checkboxes for various conditions like breast cancer, leukemia, etc.

Form with fields for patient name, birth date, diagnosis, treatment methods, and application dates. Includes checkboxes for various conditions like breast cancer, leukemia, etc.

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例:悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例:悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

新

様式第1-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

| 女性<br>〔治療による早発閉経不全（POI）リスク〕                  |                        | POIリスク<br>「低」   | POIリスク<br>「中」   | POIリスク<br>「高」   |
|--|------------------------|---|---|---|
| Cyclophosphamide<br>equivalent dose<br>(CED) |                        | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 4,000~8,000 mg/m <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> >8,000 mg/m <sup>2</sup>   |
|  |                        | 思春期前（月経未発来）の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難  |   |   |
|  |                        | <input type="checkbox"/> <8,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 8,000~12,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> >12,000 mg/m <sup>2</sup>  |
| 薬剤別  | アルキル化薬                 | CEDの値で該当分所にチェックすること。  |   |   |
|  | 白金系薬                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> CBOP<600 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> CBOP>600 mg/m <sup>2</sup>   |
|  | 代謝性抗薬                  | <input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> 6-MP <input type="checkbox"/> 6-MP        |   |   |
|  | ビンカアルカロイド              | <input type="checkbox"/> VOR  |   |   |
|  | モノクローナル抗体              | <input type="checkbox"/> Bmsb   |   |   |
| 化学療法   | AC/ECエタキサン             | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル<br>(40歳未満)  | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル<br>(40歳以上)  | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル<br>+タキサン<br>(35歳以上)  |
|  |                        | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル<br>+タキサン<br>(35歳未満)  |   | <input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル<br>+ dose dense タキサン   |
|  | CMF, CEF,<br>CAF, TAC  | <input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG               | <input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG | <input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG |
|  | FOLFDFX                | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳未満)  | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳以上)  |   |
|  | Escalated<br>BEACOPP   | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP<br>6サイクル<br>(30歳未満)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP<br>6サイクル<br>(30歳以上)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP<br>6サイクル<br>(30歳以上)  |
|  | CHOP                   | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル<br>(35歳未満)  | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル<br>(35歳以上)  |   |
|  | Dose-adjusted<br>EPOCH | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH<br>6サイクル<br>(35歳未満)  | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH<br>6サイクル<br>(35歳以上)  |   |
|  | その他                    | <input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CVP<br><input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> EP<br>(30歳未満) |   |   |
|  | 疾患別治療                  | <input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病治療<br>急性リンパ性白血病治療  |   | <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療<br>ニューイング病治療   |
|  | 化学療法+放射線治療             |   |   | <input type="checkbox"/> IM2+照射<br>BOM+照射<br>アルキル化薬+照射  |
| 造血幹細胞移植                                      |                        |   | <input type="checkbox"/> CPA 照し+照射を含むレジメン<br>全身照射を含むレジメン  |   |
| 放射線治療  |                        | <input type="checkbox"/> 放射線ヨウ素 (I-131)   |   | <input type="checkbox"/> 頭蓋照射 >40 Gy  |
|  |                        |   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期前) 10~<15 Gy   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期前) ≥15 Gy  |
|  |                        | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期以降) 5~<10 Gy   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期以降) ≥10 Gy   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (成人女性) ≥6 Gy   |

〔日本高治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より〕

旧

様式第1-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

| 女性<br>〔治療による早発閉経不全（POI）リスク〕                  |                        | POIリスク<br>「低」   | POIリスク<br>「中」   | POIリスク<br>「高」   |
|--|------------------------|---|---|---|
| Cyclophosphamide<br>equivalent dose<br>(CED) |                        | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 4,000~8,000 mg/m <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> >8,000 mg/m <sup>2</sup>   |
|  |                        | 思春期前（月経未発来）の場合には以下の範囲となる。初経後しばらくは明確な線引きが困難  |   |   |
|  |                        | <input type="checkbox"/> <8,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 8,000~12,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> >12,000 mg/m <sup>2</sup>  |
| 薬剤別  | アルキル化薬                 | CEDの値で該当分所にチェックすること。  |   |   |
|  | 白金系薬                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> CBOP<600 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> CBOP>600 mg/m <sup>2</sup>   |
|  | 代謝性抗薬                  | <input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> 6-MP <input type="checkbox"/> 6-MP        |   |   |
|  | ビンカアルカロイド              | <input type="checkbox"/> VOR  |   |   |
|  | モノクローナル抗体              | <input type="checkbox"/> Bmsb   |   |   |
| 化学療法   | AC/ECエタキサン             | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル<br>(40歳未満)  | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル<br>(40歳以上)  | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル<br>+タキサン<br>(35歳以上)  |
|  |                        | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル<br>+タキサン<br>(35歳未満)  |   | <input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル<br>+ dose dense タキサン   |
|  | CMF, CEF,<br>CAF, TAC  | <input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG               | <input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG | <input type="checkbox"/> CMF <input type="checkbox"/> CEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG |
|  | FOLFDFX                | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳未満)  | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳以上)  |   |
|  | Escalated<br>BEACOPP   | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP<br>6サイクル<br>(30歳未満)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP<br>6サイクル<br>(30歳以上)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP<br>6サイクル<br>(30歳以上)  |
|  | CHOP                   | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル<br>(35歳未満)  | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル<br>(35歳以上)  |   |
|  | Dose-adjusted<br>EPOCH | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH<br>6サイクル<br>(35歳未満)  | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH<br>6サイクル<br>(35歳以上)  |   |
|  | その他                    | <input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CVP<br><input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> EP<br>(30歳未満) |   |   |
|  | 疾患別治療                  | <input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病治療<br>急性リンパ性白血病治療  |   | <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療<br>ニューイング病治療   |
|  | 化学療法+放射線治療             |   |   | <input type="checkbox"/> IM2+照射<br>BOM+照射<br>アルキル化薬+照射  |
| 造血幹細胞移植                                      |                        |   | <input type="checkbox"/> CPA 照し+照射を含むレジメン<br>全身照射を含むレジメン  |   |
| 放射線治療  |                        | <input type="checkbox"/> 放射線ヨウ素 (I-131)   |   | <input type="checkbox"/> 頭蓋照射 >40 Gy  |
|  |                        |   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期前) 10~<15 Gy   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期前) ≥15 Gy  |
|  |                        | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期以降) 5~<10 Gy   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (思春期以降) ≥10 Gy   | <input type="checkbox"/> 胸部/骨盤 (成人女性) >6 Gy   |

〔日本高治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部変更〕

新

様式第1-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（男性）

| 男性                  |  | 低リスク  | 中リスク   | 高リスク  |
|---------------------|--|---|--|---|
| (治療関連による無精子症になるリスク) |  |   |  |   |
| 化学療法                | Cyclophosphamide equivalent dose (CED) | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup><br>約90は精巣疾患正常 | <input type="checkbox"/> —   | <input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m <sup>2</sup><br>精子濃度が低下<br>≥8,000 mg/m <sup>2</sup> 無精子症が確認・未達 |
|                     | アルキル化薬 CEDの場で該当か所にチェックすること             |   |  |   |
|                     | 白金製剤                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> OSOP <600 mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> CBOCA<br><input type="checkbox"/> L-DHP | <input type="checkbox"/> OSOP >600 mg/m <sup>2</sup>  |
|                     | アントラサイクリン                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> DXR <input type="checkbox"/> IDR<br><input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> MIT   |   |
|                     | 代謝拮抗薬                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> If-IMP<br><input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> Flu                          | <input type="checkbox"/> Ara-C<br><input type="checkbox"/> GEN                                      |
|                     | ピンカアルカロイド                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | その他                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | レジメン別                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 化学療法+放射線治療                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 造血幹細胞移植                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| 放射線治療               | 全身照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 頭蓋照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 脊髄照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

(日本結核学会編 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2024年12月改訂 第2版より)

旧

様式第1-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（男性）

| 男性                  |  | 低リスク  | 中リスク   | 高リスク  |
|---------------------|--|---|--|---|
| (治療関連による無精子症になるリスク) |  |   |  |   |
| 化学療法                | Cyclophosphamide equivalent dose (CED) | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup><br>約90は精巣疾患正常 | <input type="checkbox"/> —   | <input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m <sup>2</sup><br>精子濃度が低下<br>≥8,000 mg/m <sup>2</sup> 無精子症が確認・未達 |
|                     | アルキル化薬 CEDの場で該当か所にチェックすること             |   |  |   |
|                     | 白金製剤                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> OSOP <600 mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> CBOCA<br><input type="checkbox"/> L-DHP | <input type="checkbox"/> OSOP >600 mg/m <sup>2</sup>  |
|                     | アントラサイクリン                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> DXR <input type="checkbox"/> IDR<br><input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> MIT   |   |
|                     | 代謝拮抗薬                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> If-IMP<br><input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> Flu                          | <input type="checkbox"/> Ara-C<br><input type="checkbox"/> GEN                                      |
|                     | ピンカアルカロイド                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | その他                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | レジメン別                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 化学療法+放射線治療                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 造血幹細胞移植                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| 放射線治療               | 全身照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 頭蓋照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 脊髄照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

(日本結核学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部改変)

新

(参考)略語表(様式第1-4号別添)

| 略語          | 用語の説明   |
|-------------|---|
| 6-MP        | 6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)                           |
| ABVD        | ドキソルビシン、プレオマイシン、ビンブラスチン、ダカルバジン                          |
| AC          | ドキソルビシン、シクロホスファミド                                       |
| Act-D       | actinomycin D (アクチノマイシンD)                               |
| Ara-C       | cytosine arabinoside (シタラビン)                            |
| BCNU        | bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)                     |
| BEACOPP     | プレオマイシン、エトポシド、ドキソルビシン、シクロホスファミド、ビンクリスチン、プロカルバジン、プレドニゾロン |
| BEP         | プレオマイシン、エトポシド、シスプラチン                                    |
| BLM         | bleomycin (プレオマイシン)                                     |
| Bmab        | bevacizumab (ベバシズマブ)                                    |
| BU          | busulfan (ブスルファン)                                       |
| CAF         | シクロホスファミド、ドキソルビシン、フルオロウラシル                              |
| CBDCA       | carboplatin (カルボプラチン)                                   |
| CDDP        | cisplatin (シスプラチン)                                      |
| CED         | cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※       |
| CEF         | シクロホスファミド、エビルビシン、フルオロウラシル                               |
| CHOP        | シクロホスファミド、ドキソルビシン、ビンクリスチン、プレドニゾロン                       |
| CMF         | シクロホスファミド、メトトレキサート、フルオロウラシル                             |
| COP         | シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾロン                               |
| CPA         | cyclophosphamide (シクロホスファミド)                            |
| CVP         | シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾロン                               |
| DNR         | daunorubicin (ダウノルビシン)                                  |
| DXR         | doxorubicin (ドキソルビシン)                                   |
| EC          | エビルビシン、シクロホスファミド  |
| EP          | エトポシド、シスプラチン  |
| EPOCH       | エトポシド、プレドニゾロン、ビンクリスチン、シクロホスファミド、ドキソルビシン                 |
| ETP         | etoposide (エトポシド)                                       |
| Flu         | fludarabine (フルダラ)                                      |
| FOLFDFX     | レボリチナート、フルオロウラシル、オキサリプラチン                               |
| GEM         | gemcitabine (ゲムシタビン)                                    |
| IDR         | idarubicin (イダルビシン)                                     |
| L-OHP       | oxaliplatin (オキサリプラチン)                                  |
| L-PAM       | melfhalan (メルファラン)                                      |
| MIT         | mitoxantrene (ミトキサントロン)                                 |
| MMC         | mitomycin C (マイトマイシンC)                                  |
| MTX         | methotrexate (メトトレキサート)                                 |
| TAC         | ドセタキセル、ドキソルビシン、シクロホスファミド                                |
| TMZ         | temozolomide (テモゾロミド)                                   |
| VBL         | vinblastine (ビンブラスチン)                                   |
| VCR         | vincristine (ビンクリスチン)                                   |
| 急性骨髄性白血病治療  | アントラサイクリン、シタラビン   |
| 急性リンパ性白血病治療 | 多剤併用  |
| 骨肉腫治療       | ドキソルビシン、シスプラチン、メトトレキサート、イホスファミド                         |
| ユーイング肉腫治療   | ビンクリスチン、ドキソルビシン、アクチノマイシンD、シクロホスファミド、イホスファミド、エトポシド       |

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルケル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

$CED (mg/m^2) = 1.0 (cumulative\ cyclophosphamide\ dose (mg/m^2)) + 0.244 (cumulative\ ifosfamide\ dose (mg/m^2)) + 0.857 (cumulative\ procarbazine\ dose (mg/m^2)) + 14.286 (cumulative\ chlorambucil\ dose (mg/m^2)) + 15.0 (cumulative\ BCNU\ dose (mg/m^2)) + 16.0 (cumulative\ CCNU\ dose (mg/m^2)) + 40 (cumulative\ melfhalan\ dose (mg/m^2)) + 50 (cumulative\ Thio-TEPA\ dose (mg/m^2)) + 100 (cumulative\ nitrogen\ mustard\ dose (mg/m^2)) + 8.823 (cumulative\ busulfan\ dose (mg/m^2))$

旧

(参考)略語表(様式第1-4号別添)

| 略語          | 用語の説明   |
|-------------|---|
| 6-MP        | 6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)                           |
| ABVD        | ドキソルビシン、プレオマイシン、ビンブラスチン、ダカルバジン                          |
| AC          | ドキソルビシン、シクロホスファミド                                       |
| Act-D       | actinomycin D (アクチノマイシンD)                               |
| Ara-C       | cytosine arabinoside (シタラビン)                            |
| BCNU        | bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)                     |
| BEACOPP     | プレオマイシン、エトポシド、ドキソルビシン、シクロホスファミド、ビンクリスチン、プロカルバジン、プレドニゾロン |
| BEP         | プレオマイシン、エトポシド、シスプラチン                                    |
| BLM         | bleomycin (プレオマイシン)                                     |
| Bmab        | bevacizumab (ベバシズマブ)                                    |
| BU          | busulfan (ブスルファン)                                       |
| CAF         | シクロホスファミド、ドキソルビシン、フルオロウラシル                              |
| CBDCA       | carboplatin (カルボプラチン)                                   |
| CDDP        | cisplatin (シスプラチン)                                      |
| CED         | cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※       |
| CEF         | シクロホスファミド、エビルビシン、フルオロウラシル                               |
| CHOP        | シクロホスファミド、ドキソルビシン、ビンクリスチン、プレドニゾロン                       |
| CMF         | シクロホスファミド、メトトレキサート、フルオロウラシル                             |
| COP         | シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾロン                               |
| CPA         | cyclophosphamide (シクロホスファミド)                            |
| CVP         | シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾロン                               |
| DNR         | daunorubicin (ダウノルビシン)                                  |
| DXR         | doxorubicin (ドキソルビシン)                                   |
| EC          | エビルビシン、シクロホスファミド  |
| EP          | エトポシド、シスプラチン  |
| EPOCH       | エトポシド、プレドニゾロン、ビンクリスチン、シクロホスファミド、ドキソルビシン                 |
| ETP         | etoposide (エトポシド)                                       |
| Flu         | fludarabine (フルダラ)                                      |
| FOLFDFX     | レボリチナート、フルオロウラシル、オキサリプラチン                               |
| GEM         | gemcitabine (ゲムシタビン)                                    |
| IDR         | idarubicin (イダルビシン)                                     |
| L-OHP       | oxaliplatin (オキサリプラチン)                                  |
| L-PAM       | melfhalan (メルファラン)                                      |
| MIT         | mitoxantrene (ミトキサントロン)                                 |
| MMC         | mitomycin C (マイトマイシンC)                                  |
| MTX         | methotrexate (メトトレキサート)                                 |
| TAC         | ドセタキセル、ドキソルビシン、シクロホスファミド                                |
| TMZ         | temozolomide (テモゾロミド)                                   |
| VBL         | vinblastine (ビンブラスチン)                                   |
| VCR         | vincristine (ビンクリスチン)                                   |
| 急性骨髄性白血病治療  | アントラサイクリン、シタラビン   |
| 急性リンパ性白血病治療 | 多剤併用  |
| 骨肉腫治療       | ドキソルビシン、シスプラチン、メトトレキサート、イホスファミド                         |
| ユーイング肉腫治療   | ビンクリスチン、ドキソルビシン、アクチノマイシンD、シクロホスファミド、イホスファミド、エトポシド       |

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルケル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

$CED (mg/m^2) = 1.0 (cumulative\ cyclophosphamide\ dose (mg/m^2)) + 0.244 (cumulative\ ifosfamide\ dose (mg/m^2)) + 0.857 (cumulative\ procarbazine\ dose (mg/m^2)) + 14.286 (cumulative\ chlorambucil\ dose (mg/m^2)) + 15.0 (cumulative\ BCNU\ dose (mg/m^2)) + 16.0 (cumulative\ CCNU\ dose (mg/m^2)) + 40 (cumulative\ melfhalan\ dose (mg/m^2)) + 50 (cumulative\ Thio-TEPA\ dose (mg/m^2)) + 100 (cumulative\ nitrogen\ mustard\ dose (mg/m^2)) + 8.823 (cumulative\ busulfan\ dose (mg/m^2))$

新

様式第2-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(温存後生殖補助医療分)

秋田県知事 あて
次のとおり申請します。

Application form for the subsidy of assisted reproductive medical treatment for cancer patients in the child/AYA generation. Includes fields for applicant information, spouse information, and a detailed declaration section regarding the use of the subsidy and the applicant's status.

旧

様式第2-1号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業申請書
(温存後生殖補助医療分)

秋田県知事 あて
次のとおり申請します。

Application form for the subsidy of assisted reproductive medical treatment for cancer patients in the child/AYA generation. Includes fields for applicant information, spouse information, and a detailed declaration section regarding the use of the subsidy and the applicant's status.

## 新

### ◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、秋田県から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、卵胞が発達しない、又は採卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。また、自身と配偶者（事実婚を含む）両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第2-3号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第2-2号、様式第2-3号及び様式第2-4号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 8 本事業に参加する方の温存後生殖補助医療に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医学会は、本事業に係る研究を適切に行えと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。
- 9 秋田県において、様式第1-1号の添付書類として様式第1-4号を既に提出している場合、様式第2-4号の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は原疾患明、具体的な治療内容（使用した薬剤等）、治療期間、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

### 申請方法

#### \*\* 持参の場合 \*\*

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）  
受付時間：8時30分～17時15分  
（土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

#### \*\* 郵送の場合 \*\*

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号  
秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム

※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。  
（郵送料は申請者がご負担ください。）

※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、必ず申請書に電話番号をご記入ください。

### 問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム  
電話：018-860-1428（直通）

様式第2-2号 略

## 旧

### ◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、秋田県から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵子を用いた場合は25万円、凍結した卵巣組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解冻した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、卵胞が発達しない、又は採卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。
- 5 本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。また、自身と配偶者（事実婚を含む）両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第2-3号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第2-2号、様式第2-3号及び様式第2-4号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
- 8 本事業に参加する方の温存後生殖補助医療に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JGFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医学会は、本事業に係る研究を適切に行えと認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。
- 9 秋田県において、様式第1-1号の添付書類として様式第1-4号を既に提出している場合、様式第2-4号の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は原疾患明、具体的な治療内容（使用した薬剤等）、治療期間、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

### 申請方法

#### \*\* 持参の場合 \*\*

受付窓口：秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム（県庁2階）  
受付時間：8時30分～17時15分  
（土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始を除く。）

#### \*\* 郵送の場合 \*\*

宛先：〒010-8570 秋田県秋田市山王四丁目1番1号  
秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム

※ 特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。  
（郵送料は申請者がご負担ください。）

※ 申請に関することで連絡する場合がありますので、必ず申請書に電話番号をご記入ください。

### 問合せ先

秋田県健康福祉部 健康づくり推進課 がん・生活習慣病対策チーム  
電話：018-860-1428（直通）

様式第2-2号 略

新

様式第2-3号

秋田県  
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

連携機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 連携機関の名称 \_\_\_\_\_  
 診療科 「※2」 \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_  
 (自署)

|  |                                  |      |        |
|--|----------------------------------|------|--------|
| 温存後生殖補助医療の対象者                                | ふりがな<br>氏名                       | 生年月日 | 年 月 日生 |
|  |                                  | 性別   | 男・女    |
| 配偶者(事実婚を含む)                                  | ふりがな<br>氏名                       | 生年月日 | 年 月 日生 |
|  |                                  | 性別   | 男・女    |
| 温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名 | 医療機関の名称( )<br>温存後生殖補助医療主治医の氏名( ) |      |        |
| 領収金額合計 ※3                                    | 円(内訳は以下のとおり)                     |      |        |
| 領収金額内訳                                       | 項目                               | 費用   |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
| 備考   |                                  |      |        |

|              |
|--------------|
| 治療期間         |
| 年 月 日～ 年 月 日 |

|              |     |
|--------------|-----|
| 領収金額に関する問合せ先 |     |
| 担当課          |     |
| 担当者          |     |
| 電話番号         | — — |

- ※1 妊よう性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
- ※2 産科の場合は記載不要。  
 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。
- ※3

旧

様式第2-3号

秋田県  
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る領収金額内訳証明書  
(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)

秋田県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業の実施要綱で示す対象者要件を満たす者に対し、温存後生殖補助医療実施医療機関の指導に基づく温存後生殖補助医療(※1)の一部を実施し、次のとおり治療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 診療科 \_\_\_\_\_  
 担当医師 氏名 \_\_\_\_\_  
 (自署)

|  |                                  |      |        |
|--|----------------------------------|------|--------|
| 温存後生殖補助医療の対象者                                | ふりがな<br>氏名                       | 生年月日 | 年 月 日生 |
|  |                                  | 性別   | 男・女    |
| 配偶者(事実婚を含む)                                  | ふりがな<br>氏名                       | 生年月日 | 年 月 日生 |
|  |                                  | 性別   | 男・女    |
| 温存後生殖補助医療を受ける患者の紹介を受けた温存後生殖補助医療指定医療機関名と当該医師名 | 医療機関の名称( )<br>温存後生殖補助医療主治医の氏名( ) |      |        |
| 領収金額合計 ※2                                    | 円(内訳は以下のとおり)                     |      |        |
| 領収金額内訳                                       | 項目                               | 費用   |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
|  |                                  | 円    |        |
| 備考   |                                  |      |        |

|              |
|--------------|
| 治療期間         |
| 年 月 日～ 年 月 日 |

|              |     |
|--------------|-----|
| 領収金額に関する問合せ先 |     |
| 担当課          |     |
| 担当者          |     |
| 電話番号         | — — |

- ※1 妊よう性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療のこと。
- ※2  
 助成の対象となる治療費は、妊よう性温存療法により凍結した胚体を用いた生殖補助医療又は凍結した胚体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、入院室料(差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象外です。

新

旧

様式第2-4号

様式第2-4号

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

秋田県
小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業に係る証明書
(原疾患治療実施医療機関)

事業対象となる生体機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
(実施予定である)ことを証明します。

事業対象となる生体機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療を次のとおり実施した
(実施予定である)ことを証明します。

年 月 日

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
原疾患治療主治医氏名

医療機関の所在地
医療機関の名称
診療科
原疾患治療主治医氏名

Form with fields for patient name, birth date, disease name, diagnosis date, treatment methods, and application details.

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例:悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

Form with fields for patient name, birth date, disease name, diagnosis date, treatment methods, and application details.

※1 原疾患名の欄には、がん等の診断名(例:悪性リンパ腫、再生不良性貧血など)を記載してください。

新

様式第2-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

| 女性<br>〔治療による早発閉経不全（POI）リスク〕 |   | POIリスク<br>「低」   | POIリスク<br>「中」   | POIリスク<br>「高」   |   |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| 〔治療による早発閉経不全（POI）リスク〕       | Cyclophosphamide<br>equivalent dose   | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 4,000~8,000 mg/m <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> >8,000 mg/m <sup>2</sup>   |   |
|                             | (CED)   | <input type="checkbox"/> <8,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 8,000~12,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> >12,000 mg/m <sup>2</sup>  |   |
| 薬剤別                         | アルキル化薬  | CEDの値で該当分所にチェックすること。  |   |   |   |
|                             | 白金系薬  | <input type="checkbox"/> Cisplatin <600 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> Carboplatin  | <input type="checkbox"/> CDDP >600 mg/m <sup>2</sup>  |   |
|                             | 代謝拮抗薬   | <input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> Gem <input type="checkbox"/> 6-MP         |   |   |   |
|                             | ビンカアルカロイド   | <input type="checkbox"/> VOR  |   |   |   |
| 化学療法                        | モノクローナル抗体   | <input type="checkbox"/> Bmsb   |   |   |   |
|                             | AC/ECエタキサン  | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳未満)   | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳以上)   |   |   |
|                             |   | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル +タキサン (35歳未満)  | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル +タキサン (35歳以上)  | <input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル + dose dense タキサン  |   |
|                             | DMF, DEF, CAF, TAC  | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG               | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG                       | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 6サイクル (30歳未満)  | <input type="checkbox"/> 6サイクル (30~39歳)   | <input type="checkbox"/> 6サイクル (40歳以上)  |   |
|                             | FOLFDFX   | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳未満)  | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳以上)  |   |   |
|                             | Escalated BEACOPP   | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 2サイクル (30歳未満)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6~8サイクル (30歳以上)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6~8サイクル (30歳以上)  |   |
|                             | CHOP  | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳未満)   | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳以上)   |   |   |
|                             | Dose-adjusted EPOCH   | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳未満)  | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳以上)  |   |   |
|                             | その他   | <input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CVP<br><input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> EP<br>(30歳未満) |   |   |   |
| 疾患別治療                       | <input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病治療<br><input type="checkbox"/> 急性リンパ性白血病治療 | <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療<br><input type="checkbox"/> ニューイング肉腫治療   |   |   |   |
| 化学療法+放射線治療                  |   | <input type="checkbox"/> IM2+短直照射<br><input type="checkbox"/> BOM+短直照射<br><input type="checkbox"/> アルキル化薬+骨髄照射                    |   |   |   |
| 造血幹細胞移植                     |   | <input type="checkbox"/> EPA 併し T-PMを含むレジメン<br><input type="checkbox"/> 全身照射を含むレジメン   |   |   |   |
| 放射線治療                       | <input type="checkbox"/> 放射線ヨウ素 (I-131)                                     |   | <input type="checkbox"/> 頭蓋照射 >40 Gy  |   |   |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) 10~<15 Gy<br><input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) 5~<10 Gy                                   | <input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) ≥15 Gy<br><input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) ≥10 Gy<br><input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (成人女性) ≥6 Gy |   |   |

〔日本高治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より〕

旧

様式第2-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（女性）

| 女性<br>〔治療による早発閉経不全（POI）リスク〕 |   | POIリスク<br>「低」   | POIリスク<br>「中」   | POIリスク<br>「高」   |   |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|
| 〔治療による早発閉経不全（POI）リスク〕       | Cyclophosphamide<br>equivalent dose   | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 4,000~8,000 mg/m <sup>2</sup>  | <input type="checkbox"/> >8,000 mg/m <sup>2</sup>   |   |
|                             | (CED)   | <input type="checkbox"/> <8,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> 8,000~12,000 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> >12,000 mg/m <sup>2</sup>  |   |
| 薬剤別                         | アルキル化薬  | CEDの値で該当分所にチェックすること。  |   |   |   |
|                             | 白金系薬  | <input type="checkbox"/> Cisplatin <600 mg/m <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> Carboplatin  | <input type="checkbox"/> CDDP >600 mg/m <sup>2</sup>  |   |
|                             | 代謝拮抗薬   | <input type="checkbox"/> Ara-C <input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> Gem <input type="checkbox"/> 6-MP         |   |   |   |
|                             | ビンカアルカロイド   | <input type="checkbox"/> VOR  |   |   |   |
| 化学療法                        | モノクローナル抗体   | <input type="checkbox"/> Bmsb   |   |   |   |
|                             | AC/ECエタキサン  | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳未満)   | <input type="checkbox"/> AC×4サイクル (40歳以上)   |   |   |
|                             |   | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル +タキサン (35歳未満)  | <input type="checkbox"/> AC/EC×4サイクル +タキサン (35歳以上)  | <input type="checkbox"/> (F)EC×4サイクル + dose dense タキサン  |   |
|                             | DMF, DEF, CAF, TAC  | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG               | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG                       | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG | <input type="checkbox"/> DMF <input type="checkbox"/> DEF <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> TAG |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 6サイクル (30歳未満)  | <input type="checkbox"/> 6サイクル (30~39歳)   | <input type="checkbox"/> 6サイクル (40歳以上)  |   |
|                             | FOLFDFX   | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳未満)  | <input type="checkbox"/> FOLFDFX (40歳以上)  |   |   |
|                             | Escalated BEACOPP   | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 2サイクル (30歳未満)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6~8サイクル (30歳以上)  | <input type="checkbox"/> Escalated BEACOPP 6~8サイクル (30歳以上)  |   |
|                             | CHOP  | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳未満)   | <input type="checkbox"/> CHOP 6サイクル (35歳以上)   |   |   |
|                             | Dose-adjusted EPOCH   | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳未満)  | <input type="checkbox"/> Dose-adjusted EPOCH 6サイクル (35歳以上)  |   |   |
|                             | その他   | <input type="checkbox"/> ABVD <input type="checkbox"/> CVP<br><input type="checkbox"/> BEP <input type="checkbox"/> EP<br>(30歳未満) |   |   |   |
| 疾患別治療                       | <input type="checkbox"/> 急性骨髄性白血病治療<br><input type="checkbox"/> 急性リンパ性白血病治療 | <input type="checkbox"/> 骨肉腫治療<br><input type="checkbox"/> ニューイング肉腫治療   |   |   |   |
| 化学療法+放射線治療                  |   | <input type="checkbox"/> IM2+短直照射<br><input type="checkbox"/> BOM+短直照射<br><input type="checkbox"/> アルキル化薬+骨髄照射                    |   |   |   |
| 造血幹細胞移植                     |   | <input type="checkbox"/> EPA 併し T-PMを含むレジメン<br><input type="checkbox"/> 全身照射を含むレジメン   |   |   |   |
| 放射線治療                       | <input type="checkbox"/> 放射線ヨウ素 (I-131)                                     |   | <input type="checkbox"/> 頭蓋照射 >40 Gy  |   |   |
|                             |   | <input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) 10~<15 Gy<br><input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) 5~<10 Gy                                   | <input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) ≥15 Gy<br><input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (治療期) ≥10 Gy<br><input type="checkbox"/> 腰部/骨盤 (成人女性) >6 Gy |   |   |

〔日本高治療学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部変更〕

新

様式第2-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（男性）

| 男性                  |  | 低リスク  | 中リスク   | 高リスク  |
|---------------------|--|---|--|---|
| (治療関連による無精子症になるリスク) |  |   |  |   |
| 化学療法                | Cyclophosphamide equivalent dose (CED) | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup><br>約90は精巣疾患正常 | <input type="checkbox"/> —   | <input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m <sup>2</sup><br>精子濃度が低下<br>≥8,000 mg/m <sup>2</sup> 無精子症が確認・未達 |
|                     | アルキル化薬 CEDの項で該当か所にチェックすること             |   |  |   |
|                     | 白金製剤                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> OSOP <600 mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> CBOCA<br><input type="checkbox"/> L-DHP | <input type="checkbox"/> OSOP >600 mg/m <sup>2</sup>  |
|                     | アントラサイクリン                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> DXR <input type="checkbox"/> IDR<br><input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> MIT   |   |
|                     | 代謝拮抗薬                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> If-IMP<br><input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> Flu                          | <input type="checkbox"/> Ara-C<br><input type="checkbox"/> GEN                                      |
|                     | ピンカアルカロイド                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | その他                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | レジメン別                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 化学療法+放射線治療                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 造血幹細胞移植                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| 放射線治療               | 全身照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 頭蓋照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 脊髄照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

(日本結核学会編 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2024年12月改訂 第2版より)

旧

様式第2-4号

化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表（男性）

| 男性                  |  | 低リスク  | 中リスク   | 高リスク  |
|---------------------|--|---|--|---|
| (治療関連による無精子症になるリスク) |  |   |  |   |
| 化学療法                | Cyclophosphamide equivalent dose (CED) | <input type="checkbox"/> <4,000 mg/m <sup>2</sup><br>約90は精巣疾患正常 | <input type="checkbox"/> —   | <input type="checkbox"/> ≥4,000 mg/m <sup>2</sup><br>精子濃度が低下<br>≥8,000 mg/m <sup>2</sup> 無精子症が確認・未達 |
|                     | アルキル化薬 CEDの項で該当か所にチェックすること             |   |  |   |
|                     | 白金製剤                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> OSOP <600 mg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> CBOCA<br><input type="checkbox"/> L-DHP | <input type="checkbox"/> OSOP >600 mg/m <sup>2</sup>  |
|                     | アントラサイクリン                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> DXR <input type="checkbox"/> IDR<br><input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> MIT   |   |
|                     | 代謝拮抗薬                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> If-IMP<br><input type="checkbox"/> MTX<br><input type="checkbox"/> Flu                          | <input type="checkbox"/> Ara-C<br><input type="checkbox"/> GEN                                      |
|                     | ピンカアルカロイド                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | その他                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | レジメン別                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 化学療法+放射線治療                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 造血幹細胞移植                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
| 放射線治療               | 全身照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 頭蓋照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 脊髄照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|                     | 精巣照射                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

(日本結核学会編 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2024年12月改訂 第2版より一部改変)

新

(参考) 略語表 (様式第2-4号別添)

| 略語          | 用語の説明   |
|-------------|---|
| 6-MP        | 6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)                                 |
| ABVD        | ドキソルビシン, プレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン                             |
| AC          | ドキソルビシン, シクロホスファミド  |
| Act-D       | actinomycin D (アクチノマイシンD)                                     |
| Ara-C       | cytosine arabinoside (シタラビン)                                  |
| BCNU        | bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)                           |
| BEACOPP     | プレオマイシン, エトポシド, ドキソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン |
| BEP         | プレオマイシン, エトポシド, シスプラチン  |
| BLM         | bleomycin (プレオマイシン)   |
| Bmab        | bevacizumab (ベバシズマブ)  |
| BU          | busulfan (ブスルファン)   |
| CAF         | シクロホスファミド, ドキソルビシン, フルオロウラシル                                  |
| CBDOCA      | carboplatin (カルボプラチン)   |
| CDDP        | cisplatin (シスプラチン)  |
| CED         | cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※             |
| CEF         | シクロホスファミド, エピルビシン, フルオロウラシル                                   |
| CHOP        | シクロホスファミド, ドキソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン                          |
| CMF         | シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル                                 |
| COP         | シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン                                   |
| CPA         | cyclophosphamide (シクロホスファミド)                                  |
| CVP         | シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン                                   |
| DNR         | daunorubicin (ダウノルビシン)  |
| DXR         | doxorubicin (ドキソルビシン)   |
| EC          | エピルビシン, シクロホスファミド   |
| EP          | エトポシド, シスプラチン   |
| EPOCH       | エトポシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキソルビシン                   |
| ETP         | etoposide (エトポシド)   |
| Flu         | fludarabine (フルダラ)  |
| FOLFOLX     | レボリナート, フルオロウラシル, オキサリプラチン                                    |
| GEM         | gemcitabine (ゲムシタビン)  |
| IDR         | idarubicin (イダルビシン)   |
| L-OHP       | oxaliplatin (オキサリプラチン)  |
| L-PAM       | mephalan (メルファラン)   |
| MIT         | mitoxantrene (ミトキサントロン)                                       |
| MMC         | mitomycin C (マイトマイシンC)  |
| MTX         | methotrexate (メトトレキサート)                                       |
| TAC         | ドセタキセル, ドキソルビシン, シクロホスファミド                                    |
| TMZ         | temozolomide (テモゾロミド)   |
| VBL         | vinblastine (ビンブラスチン)   |
| VCR         | vincristine (ビンクリスチン)   |
| 急性骨髄性白血病治療  | アントラサイクリン, シタラビン  |
| 急性リンパ性白血病治療 | 多剤併用  |
| 骨髄腫治療       | ドキソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド                            |
| ユーイング肉腫治療   | ビンクリスチン, ドキソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトポシド        |

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

$$CED (mg/m^2) = 1.0 (cumulative cyclophosphamide dose (mg/m^2)) + 0.244 (cumulative ifosfamide dose (mg/m^2)) + 0.857 (cumulative procarbazine dose (mg/m^2)) + 14.286 (cumulative chlorambucil dose (mg/m^2)) + 15.0 (cumulative BCNU dose (mg/m^2)) + 16.0 (cumulative CCNU dose (mg/m^2)) + 40 (cumulative mephalan dose (mg/m^2)) + 50 (cumulative Thio-TEPA dose (mg/m^2)) + 100 (cumulative nitrogen mustard dose (mg/m^2)) + 8.823 (cumulative busulfan dose (mg/m^2))$$

旧

(参考) 略語表 (様式第2-4号別添)

| 略語          | 用語の説明   |
|-------------|---|
| 6-MP        | 6-mercaptopurine (6-メルカプトプリン)                                 |
| ABVD        | ドキソルビシン, プレオマイシン, ビンブラスチン, ダカルバジン                             |
| AC          | ドキソルビシン, シクロホスファミド  |
| Act-D       | actinomycin D (アクチノマイシンD)                                     |
| Ara-C       | cytosine arabinoside (シタラビン)                                  |
| BCNU        | bis-chloroethylnitrosourea (カルムスチン)                           |
| BEACOPP     | プレオマイシン, エトポシド, ドキソルビシン, シクロホスファミド, ビンクリスチン, プロカルバジン, プレドニゾロン |
| BEP         | プレオマイシン, エトポシド, シスプラチン  |
| BLM         | bleomycin (プレオマイシン)   |
| Bmab        | bevacizumab (ベバシズマブ)  |
| BU          | busulfan (ブスルファン)   |
| CAF         | シクロホスファミド, ドキソルビシン, フルオロウラシル                                  |
| CBDOCA      | carboplatin (カルボプラチン)   |
| CDDP        | cisplatin (シスプラチン)  |
| CED         | cyclophosphamide equivalent dose (シクロホスファミド相当量) ※             |
| CEF         | シクロホスファミド, エピルビシン, フルオロウラシル                                   |
| CHOP        | シクロホスファミド, ドキソルビシン, ビンクリスチン, プレドニゾロン                          |
| CMF         | シクロホスファミド, メトトレキサート, フルオロウラシル                                 |
| COP         | シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン                                   |
| CPA         | cyclophosphamide (シクロホスファミド)                                  |
| CVP         | シクロホスファミド, ビンクリスチン, プレドニゾロン                                   |
| DNR         | daunorubicin (ダウノルビシン)  |
| DXR         | doxorubicin (ドキソルビシン)   |
| EC          | エピルビシン, シクロホスファミド   |
| EP          | エトポシド, シスプラチン   |
| EPOCH       | エトポシド, プレドニゾロン, ビンクリスチン, シクロホスファミド, ドキソルビシン                   |
| ETP         | etoposide (エトポシド)   |
| Flu         | fludarabine (フルダラ)  |
| FOLFOLX     | レボリナート, フルオロウラシル, オキサリプラチン                                    |
| GEM         | gemcitabine (ゲムシタビン)  |
| IDR         | idarubicin (イダルビシン)   |
| L-OHP       | oxaliplatin (オキサリプラチン)  |
| L-PAM       | mephalan (メルファラン)   |
| MIT         | mitoxantrene (ミトキサントロン)                                       |
| MMC         | mitomycin C (マイトマイシンC)  |
| MTX         | methotrexate (メトトレキサート)                                       |
| TAC         | ドセタキセル, ドキソルビシン, シクロホスファミド                                    |
| TMZ         | temozolomide (テモゾロミド)   |
| VBL         | vinblastine (ビンブラスチン)   |
| VCR         | vincristine (ビンクリスチン)   |
| 急性骨髄性白血病治療  | アントラサイクリン, シタラビン  |
| 急性リンパ性白血病治療 | 多剤併用  |
| 骨髄腫治療       | ドキソルビシン, シスプラチン, メトトレキサート, イホスファミド                            |
| ユーイング肉腫治療   | ビンクリスチン, ドキソルビシン, アクチノマイシンD, シクロホスファミド, イホスファミド, エトポシド        |

※CEDとは、シクロホスファミド以外のアルキル化剤について、「この薬剤をシクロホスファミドに置き換えた場合、どの程度の量を投与したことになるか」を示すものであり、以下の式で算出される。

$$CED (mg/m^2) = 1.0 (cumulative cyclophosphamide dose (mg/m^2)) + 0.244 (cumulative ifosfamide dose (mg/m^2)) + 0.857 (cumulative procarbazine dose (mg/m^2)) + 14.286 (cumulative chlorambucil dose (mg/m^2)) + 15.0 (cumulative BCNU dose (mg/m^2)) + 16.0 (cumulative CCNU dose (mg/m^2)) + 40 (cumulative mephalan dose (mg/m^2)) + 50 (cumulative Thio-TEPA dose (mg/m^2)) + 100 (cumulative nitrogen mustard dose (mg/m^2)) + 8.823 (cumulative busulfan dose (mg/m^2))$$