

一般不妊治療医師証明書

年 月 日

雲南市長 様

医療機関等
住 所
名称
医師名

下記の者については、不妊の治療が必要であることを認めます。

記

太枠内は、申請者が記入してください。

| | | | | |
|---------------|---|-------------|---|-------------|
| ふりがな 受診者氏名 | 夫 | | 妻 | |
| 生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | 昭和・平成 年 月 日 |
| 住 所 | | | | |
| 主たる検査 | チェック又は記入をしてください。 (夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他 () (妻) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> クラジミア抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 治療内容 | チェック又は記入をしてください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 人工授精 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 手術療法 【手術方法： 】 <input type="checkbox"/> その他 【 】 | | | |
| 院外処方の有無 | 有 ・ 無 | | | |
| 初回受診 | 年 月 日 受診 | | | |
| 特記事項 | | | | |

注1：治療中断等、規定以外の事由が発生した場合は特記事項に記載すること。

注2：他の医療機関を紹介等した場合、特記事項欄に医師がその理由と医療機関名を記入すること。