

一般③

一般不妊治療費助成事業医師証明書

令和 年 月 日

碧南市長殿

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

印

電話番号

下記の者について、次のとおり検査を実施し、不妊治療が必要と判断し、一般不妊治療を行ったことを証明します。

記

受診者	住所		
		氏名	生年月日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
今回の治療期間	年 月 日から		年 月 日
検査内容	(夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣精検 <input type="checkbox"/> その他 () (妻) <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査による診断名			
治療内容	(一般不妊治療) <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 画像診断・処置 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 人工授精：開始年月日 年 月 日・実施回数 回		
特記事項			
最終治療後の妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (判定日： 年 月 日)		
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

注意事項

- 1 太枠内は、対象者が記入した後に医療機関へ提出してください。
- 2 は、該当項目をチェックしてください。
- 3 人工授精にチェックをした場合は、今回の治療期間中の内容を記入してください。
- 4 検査内容および治療内容の「その他」は () 内に具体的な内容を記入してください。