様式第３号（第７条関係）

碧南市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

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>住所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>氏　　名</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>夫</td><td></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>妻</td><td></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間</td><td colspan="3">年　　月　　日から　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>検査内容</td><td colspan="3">(夫)□　精液検査　□　精巣精検
□　その他（　　）
(妻)□　超音波検査　□　ホルモン検査
□　子宮卵管造影検査　□　クラミジア抗体検査
□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>検査による診断名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="3">（一般不妊治療）
□　診察　□　画像診断・処置　□タイミング療法
□　排卵誘発法　□　手術療法
□　その他（　　）
□　人工授精：開始年月日　　年　　月　　日・実施回数　　回</td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>最終治療後の
妊娠の有無</td><td colspan="3">□　無　□　有
（　判定日：　　年　　月　　日　）</td></tr>
<tr><td>院外処方の有無</td><td colspan="3">□　無　□　有</td></tr>
</table>

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。