

不妊治療医師証明書

年 月 日

出雲市長 様

医療機関等

住 所
名 称
医 師 名



下記の者については、不妊に対しての検査及び治療が必要であること（又は施行したこと）を認めます。

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				
生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
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"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <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"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 頸管粘液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療内容	一般	チェック又は記入をしてください。(治療を中止した場合も、1回として計上) <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)】		
	特定	<input type="checkbox"/> 採卵 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 採精 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 体外受精 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 顕微授精 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 受精卵、胚培養 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 【実施 (回)】 <input type="checkbox"/> 胚移植 【実施 (回)】		
	その他	<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			
初回受診日	年 月 日			
特定不妊治療 治療開始日	年 月 日 (実施している場合のみ記入)			
特記事項				

※他の医療機関への紹介等、規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄に記載すること。

※初回受診日は、申請者が治療費助成に申請する治療の初回受診日を記載すること。