

常滑市妊活応援金給付事業受診等証明書

常滑市長 様

【医療機関記入欄】

受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
●当該患者が行った不妊検査・治療について該当箇所に記入してください。（□に✓）				
一般不妊治療 ※複数に✓可能	今回の治療期間 年 月 日から 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ 回） <input type="checkbox"/> 手術療法（手術方法 ） <input type="checkbox"/> 人工授精（回数： 回） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
特定不妊治療 ※どれか一つに ✓をしてください	今回の治療期間 年 月 日から 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 治療区分A 新鮮胚移植を実施 <input type="checkbox"/> 治療区分B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合） <input type="checkbox"/> 治療区分C 以前に凍結した胚による胚移植を実施 <input type="checkbox"/> 治療区分D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了 <input type="checkbox"/> 治療区分E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止 <input type="checkbox"/> 治療区分F 採卵したが卵子が得られない、又は状態の良い卵子が得られないため中止 <input type="checkbox"/> 男性不妊手術 特定不妊治療に付随して、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術			

上記の夫婦の妊娠希望について認め、当該不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

所在地
医療機関の名称
主治医氏名

印