

一般不妊治療等証明書

年 月 日

江津市長 様

医療機関等

住所

名称

医師

下記の者については、不妊の治療が必要であること(又はあったこと)を証明します。

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	夫		妻	
生年月日		年 月 日		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	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"/> その他 手術療法に関しては〔 〕内に詳細を記入してください。 ()			
最初の受診日	年 月 日受診 (平成23年4月1日以降の受診日)			
治療中断	期間： 年 月 日～ 年 月 日 理由：			
特記事項				

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