様式第2号(第5条関係)

年　　月　　日

　浜田市長　　　　様

医療機関

住所

名称

医師　　　　　　　　　　印

一般不妊治療等証明書

　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。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな受診者氏名 | 夫 | 　 | 妻 | 　 |
| 生年月日 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 主たる検査 | チェック又は記入をしてください。(夫)　□精液検査(妻)　□ホルモン検査　　　□子宮卵管造影　　　□クラミジア抗体検査　　　□頚管粘液検査　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| 治療内容 | チェック又は記入をしてください。□タイミング療法　【実施　(　　　　回)　　　】□排卵誘発法　　　【実施　(　　　　回)　　　】□人工授精　　　　【実施　(　　　　回)　　　】□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 | 　 |
| 特記事項 | 　 |

注意事項

　(1)　太枠内は、あらかじめ申請者が記入してください。

　(2)　規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄にその旨を記入してください。

　(3)　他の医療機関を紹介等した場合、特記事項欄にその理由及び医療機関名を記入してください。

　(4)　治療を中断した場合は、その経過を特記事項欄に記入してください。