

不妊診療計画



No. 00029032-01

作成日時: 2023/07/18 13:51
印刷日時: 2023/07/18 13:51

ID 住 099999 山田 花子 様 (妻) ID 住 088881 住吉 一郎 様 (夫)

原因

- ☐ ア 卵管性不妊
- ☐ イ 男性不妊 ☐ 閉塞性 ☐ 非閉塞性無精子症 ☐ 精子・精液の量的質的異常 ☐ 射精・性交障害
- ☐ ウ 機能性不妊
- ☐ エ 人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

治療方針

- ・就労状況等に関する特記事項、薬物副作用、合併症リスク、妊娠歴、出産歴、治療歴については問診票、問診等で確認した。
- ・「不妊治療（保険適用）同意確認書」の婚姻関係、認知の有無につき変更ないことを確認した。

- ☐ タイミング治療 ☐ 人工授精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精
- ☐ 男性不妊治療 _____
- ☐ その他の検査加療 _____

作成者 濱崎 茂朗 作成日 2023 年 07 月 18 日

- ・今までの妊娠歴・治療歴、他院での治療歴について、問診票の記載内容に誤りはありません。
- ・前回治療計画から今回治療計画迄、貴院に申告なく、他院での生殖補助医療の治療を受けていません。
- ・健康保険適用の不妊治療をするにあたり、下記（１）（２）に該当することをここに明記します
 - （１）私とそのパートナーは、婚姻関係にあり（事実婚を含む）、重婚ではない。
同一世帯でない場合は理由記載：（ ） 例）職場が遠いため
 - （２）私とそのパートナーは、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある。
- ・以上において内容に過誤があった場合、保険請求された内容がすべて自費で請求されることを理解しました。

上記の治療方針および内容に、同意いたします。 ⑤西暦 年 月 日

氏名：(妻) _____ : (夫) _____

※太枠内をご記入ください。

保険適用のために、計画作成日より 1 週間以内に到着するよう郵送してください。