

年 月 日

隠岐の島町長 様

医療機関の名称

医師名

印

医療機関証明書

下記の者については、不妊の治療を行っていることを証明します。

氏名	夫		生年月日	
	妻		生年月日	
住所	〒 電話() —			
主たる検査	チェック又は検査事項を記入 (夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 (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"/> その他 ()			
治療内容	チェック又は検査事項を記入 <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 ()			
初回受診	年 月 日			
特記事項 (投薬内容等)				

【備考】 他の医療機関への紹介、治療中断等、規定以外の事由が発生した場合は、特記事項に記載すること