

枚方市不妊治療ペア検査費用助成事業受診等証明書

年 月 日

(あて先)枚方市長

医療機関の名称及び所在地

電話番号  
主治医氏名

下記のとおり、枚方市不妊治療ペア検査費用助成事業の対象となる不妊症の検査を行ったことを証明します。

**主治医記入欄**

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
検査開始日	年 月 日	年 月 日
検査終了日	年 月 日	年 月 日
婚姻関係の確認	初回の検査実施前に、上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む)の確認をしましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今回の検査後の不妊治療の有無	有り (治療内容: ) ・ 無し	
検査内容	<男性の検査> <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精子授精能検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査(クラミジア、HIV、梅毒など) <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<女性の検査> <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 卵管疎通性検査 <input type="checkbox"/> 頸管因子検査 <input type="checkbox"/> 子宮鏡検査 <input type="checkbox"/> 感染症検査(クラミジア、HIV、梅毒など) <input type="checkbox"/> その他 [ ]

