

益田市長 様

医療機関

住 所

名 称

担当医師名

下記の者については、不育症の治療が必要であることを認めます。

申請者記入欄	ふりがな	夫		妻	
	受診者氏名				
	生年月日		年 月 日		年 月 日
	住 所				
医師記入欄	治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
	不育症の治療理由	該当するものにチェックし、詳細をカッコ内に記載してください。 <input type="checkbox"/> 免疫異常 <input type="checkbox"/> 内分泌異常 <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	主な検査・治療内容				
	院外処方の有無	有 ・ 無			
	特記事項				

※ 他の医療機関への紹介等、規定以外の事項が発生した場合には、特記事項欄に記載してください。