

一般不妊治療計画書

タイミング・人工授精^{周期}

診断名:機能性不妊

医師が記入します。

- 婚姻関係である
- 婚姻関係ではないが、パートナーが治療の結果、出生した子について認知を行う意向あり

保険

保険で行う治療には制限があります。

排卵誘発剤	薬の数、注射の薬液濃度の制限
超音波検査	1周期1回のみ。 ただし排卵誘発剤を使用した場合は、2回もしくは3回。
人工授精	1周期に1回のみ

自費

自費診療を希望される場合、今周期の治療は全て自費診療となり、保険診療との併用はできません。また、途中で保険への変更もできません。

ご希望の自費診療項目がある場合は相談ください。

<input type="checkbox"/>	慢性子宮内膜炎
<input type="checkbox"/>	AMH
<input type="checkbox"/>	ビタミンD
<input type="checkbox"/>	風疹抗体
<input type="checkbox"/>	感染症検査
<input type="checkbox"/>	抗精子抗体

以下にチェック☑を入れてください。

- 治療周期の途中で、保険から自費、自費から保険への変更はできません。
- 保険診療をご希望した場合、治療周期の途中で上記の自費診療はいかなる場合でも実施できません
- 代筆を含め虚偽の申請が判明した場合、全額自費となります(厚生省の不妊治療に関する支援についてを参照ください)。

上記事項に理解し同意の上、保険診療を希望します。

同意日:20 年 月 日 本人氏名: (自署) _____

夫(パートナー)氏名: (自署) _____