

様式第2号（第6条関係）

受診証明書

下記の者については、体外受精及び顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込がないか、又は極めて少ないと思われるため、当該不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

※医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻		
生年月日		年 月 日		年 月 日	
今回の治療方法	1 体外受精      2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。		A B C D E F 該当する記号に○を付けてください。		
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。  実施医療機関名			(精子回収の有無) 有 ・ 無	
今回の治療期間※	年 月 日 から		今回の治療による妊娠の有無		
	年 月 日 まで		有	無	不明

※治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定の不妊治療終了日までを記載してください。

《特定の不妊治療の治療方法》

A：新鮮胚移植を実施したもの

B：凍結胚移植を実施したもの

C：以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施したもの

D：体調不良等により移植のめどが立たず治療終了したもの

E：受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等により中止したもの

F：採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止したもの