

清瀬市不育症治療診断等証明書

受診者	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
診断及び治療実施医療機関	治療期間	平成	年 月 日 ~ 年 月 日
	診断名		
	当該患者について該当するものにチェックし、詳細についてはカッコ内に記載してください。		
	<input type="checkbox"/> 凝固異常 () <input type="checkbox"/> 子宮形態異常 () <input type="checkbox"/> 内分泌異常 () <input type="checkbox"/> 夫婦染色体異常 () <input type="checkbox"/> 免疫異常 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
上記のとおり、不育症治療を行ったことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関名 所在地 医師名 ⑩			

※厚生労働省不育症研究班に属する医療機関の医師が記入のこと。
 ※証明内容については、本人同意のもと、清瀬市健康福祉部健康推進課母子保健係がお問い合わせする場合があります。