当院で治療希望される方の申告書

うつのみやレディースクリニック

★チェックをしてください

☐　わたしたちは婚姻関係のある夫婦です。

☐　治療でこどもが得られた際は認知して、養育します。

※どちらかでもチェックがない場合は治療は受けられません

★他院治療歴がない方は下記にチェックしてください

☐　他院で体外受精、顕微授精を受けたことはありません

記載に間違いありません

（西暦）　　年　　月　　日

妻署名

夫署名

★他院で体外受精、顕微授精を受けられた方は下記を記入してください。

・治療内容について前医、保険者に照会することがあります。

・虚偽があった場合は数か月後に治療費を全額自費で請求いたします。

胚移植年月日	医療施設名	保険診療・自費診療の別	妊娠の有無	妊娠が有りの場合の転帰	
				週数	転帰（○で囲む）
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶
		保険　・　自費	有　・　無	週	生産　・化学妊娠　・流産　・死産　・中絶