■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제2호]

진 단 서 (체외수정시술 지원 신청용)

수진자 성명	아 내		주민등록번호		법률혼 여부	□ 법률혼 □ 법률혼 아님 (사실혼)
			연락처			
	남 편		주민등록번호			
			연락처			

난임의 원인 (다중선택 가능)	□남성요인 □배란기능장애 □난소기능저하 □난관요인 □자궁요인 □자궁내막증 □원인불명(원인 불명의 경우, 다른 요인 선택 불가) □ 기타( )
필수검사 시행 (모두 체크)	□ 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자 : 년 월 일) ※ 정액검사 예외 □ 4번 남성요인 항목에 대한 비뇨기과 진단서 별도 제출한 경우 □ 냉동배아, 냉동정자로 시술하는 경우 (진단서 발급일자 : 20 년 월 일) □ 자궁 및 난관검사(검사일자 : 년 월 일) ▪검사방법 □HSG, □HyCoSy, □복강경 검사 □개복수술력 ※ 난관검사 예외 □ 양측나팔관 폐쇄 또는 절제, 심한 유착으로 인한 나팔관 기능 부전 진단서를 제출하여 나팔관 검사 없이 자궁 검사만 실시한 경우 □ 난소기능 저하 등 여성원인으로 체외수정이 반드시 필요한 경우 □ 남성요인(무정자 등) 난임으로 체외수정시술로만 임신을 기대할 수 있는 경우 □ 조영제알러지반응 등 (자궁 검사명 : , 검사일자 : 20 년 월 일) □ 정상 배란 유무 (검사일자 : 년 월 일) * 기타검사(□ 진단복강경, □ 자궁내시경검사, □ 호르몬검사)
필수검사 결과 의학적 소견 (타기관 검사포함)	① 정액 검사 □ 정상 □ 이상 ② 자궁난관 검사 □ 정상 □ 이상 ③ 배란 기능 □ 정상 □ 이상
체외수정 필요사유 (의학적 기준 가이드라인) * 중복 선택 가능	1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신을 기대하기 어려운 경우 □ 1-1 양측 난관 폐쇄 (피임시술로 인한 폐색 제외) □ 1-2 중증 자궁내막증 □ 1-3 난소기능저하 □ 1-4 착상전 유전진단이 필요한 경우 □ 1-5 기타 (상세 사유 :)
	2. 체외수정시술 이외 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우 □ 2-1 난관 성형술 기왕력 □ 2-2 배란 유도 기왕력 □ 2-3 인공 수정 기왕력 □ 2-4 기타 (상세 사유 :)
	3 원인 불명 난임(정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견) □ 3-1-1 여성연령 35세 미만이나 3년 이상 임신되지 않은 경우 □ 3-1-1 (단서조항) 여성연령 35세 이상이나 1년 이상 임신되지 않은 경우
	4. 남성 요인 □ 4-1 저성선자극호르몬성 성선기능저하증 진단 후 24개월 이상 호르몬 치료한 경우 □ 4-2 정관절제술에 대한 수술적 치료 후 지속되는 난임 □ 4-3 정계정맥류 진단 치료 후 1년 이상 지속되는 난임 □ 4-4 폐쇄성 무정자증 진단 및 수술적 치료 후 지속되는 난임 □ 4-5 비폐쇄성 무정자증 진단 후 고환 조직 검사에서 정자가 발견된 경우
	5. 기타사유 ( )
임신시도 기간 (피임기간제외)	□ 1년 ~2년 □ 2년 ~ 3년 □ 3년 이상
이전 보조생술 이행 여부 (타병원 시술 포함)	□ 있음 ▪인공수정( )회, ▪체외수정( )회 / □ 없음

체외수정 시술기관 지정번호		의료 기관명		전화	
				FAX	

위와 같이 확인합니다.

20 년 월 일

의사면허번호 :

전문의자격번호 : 과 번

담당의사 : (서명) 기관명 : (직인)

시·군·구 보건소장 귀하