■ 난임부부 시술비 지원사업 [서식 제3호]

진 단 서(인공수정시술 지원신청용)

수진자 성명	아내		주민등록번호		법률혼 여부	☐ 법률혼 ☐ 법률혼 아님 (사실혼)
			연락처			
	남편		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) ☐ 자궁 및 난관검사 (검사일자: 년 월 일) ▪ 검사방법 : ☐HSG, ☐HyCoSy, ☐복강경 검사 ☐개복수술력 ☐ 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
인공수정 필요 사유 (의학적 기준 가이드라인)	1. 원인불명 난임 (정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견) ☐ 1-1-1 여성연령 35세 미만이면서 1년 이상 자연임신 되지 않은 경우 ☐ 1-1-1 (단서조항) 여성연령 35세 이상이면서 6개월 이상 자연임신 되지 않은 경우 2. 남성요인 ☐ 2-1 정계정맥류가 없는데도 정액 검사 이상 소견 확인 ☐ 2-2 사정 장애 등 기타 이유( ) 3. 자궁내막증 ☐ 3-1 자궁내막증 수술 후 자연임신 시도 6개월 이상 경과 ☐ 3-2 임상적으로 의심되는 자궁내막증을 동반하면서 자연임신 시도 1년 이상 경과 4. 기타사유(정자공여 등) ( )
임신 시도 기간 (피임기간 제외)	☐ 6개월 ~ 1년 ☐ 1년 ~ 2년 ☐ 3년 이상
이전 보조생식술 이행 여부 (타병원 시술 포함)	☐ 있음 ▪ 인공수정( )회, ▪ 체외수정( )회 ☐ 없음

인공수정 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

* 진단의사는 난임진단 전 여성의 배란기능을 검사하고 반드시 자궁 및 난관 검사결과 및 남성의 정액검사결과지를 확인한 후 진단서를 발급하여야 함