

(裏面)

- ※1) 治療開始日とは今回の治療における生殖補助医療実施計画書に同意をした日としてください。
- ※2) 治療をやむなく中断または終了した場合に理由を選択してください。
- ※3) 1回の治療期間が終了し、妊娠判定を行った場合に判定結果を記入してください。
- ※4) 治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。
院外処方については、処方日を記載してください。
- ※5) 先進医療など（医療保険適用外）全額自己負担の治療の有無について記入してください。
- ※6) 医療保険点数に係る自己負担分について記入してください。入院時の差額ベッド代、食事療養費、文書料、処方箋によらない薬（サプリメント等）、医療機関以外で受けた治療等は除きます。
- ※7) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。