

生殖補助医療治療実施回数証明書

ご担当医先生 御侍史

平素より大変お世話になっております。

現在当院で生殖補助医療治療計画中の _____ 様 につきまして、

生殖補助医療保険適応化に伴う保険診療上の回数制限が課せられることから、

貴院での治療実施歴につきましての回数証明をお願いしたくこちらの書類を患者様へお渡しいたしました。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

医療法人佐久平リプロダクションセンター
佐久平エンゼルクリニック
院長 政井 哲兵

これまでに当院で実施した生殖補助医療の内容は以下の通りです。

採卵術 _____ 回

胚移植術 _____ 回

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴施設名 _____

担当医名 _____