

生命保険会社用診断書 記入依頼書

必要事項をご記入のうえ、生命保険会社指定の入院・手術証明書（診断書）と一緒に当院 6 階受付へご提出ください。

診察券番号	お名前
-------	-----

日付は支払日でご記入ください。

【手術／不妊症】

人工授精	年 月 日	年 月 日
採卵術	年 月 日	年 月 日
胚移植術	年 月 日	年 月 日
体外受精・顕微授精管理料	年 月 日	年 月 日
受精卵・胚培養管理料	年 月 日	年 月 日
胚凍結保存管理料	年 月 日	年 月 日

【先進医療／不妊症】

タイムラプス培養（タイムプラス撮像法による受精卵・胚培養）	年 月 日	年 月 日
ZyMot:ザイモート（膜構造を用いた生理学的精子選択術）	年 月 日	年 月 日
ERA（子宮内膜受容能検査1）	年 月 日	年 月 日
EMMA/ALICE（子宮内細菌叢検査1）	年 月 日	年 月 日
TRIO（ERA・EMMA/ALICE）	年 月 日	年 月 日
子宮内フローラ検査（子宮内細菌叢検査2）	年 月 日	年 月 日
ネオセルフ抗体検査（抗ネオセルフ β 2グリオ プロテイン I 複合体抗体検査）	年 月 日	年 月 日

下記の手術は不妊症と同じ診断書に記入することができません。別途用紙をご準備ください。

【手術】

子宮内膜搔把術	年 月 日
子宮頸管ポリープ切除術	年 月 日
流産手術	年 月 日
その他手術（ ）	年 月 日