【첨부17_한의원_동의서 추가】

20 년 한의약 난임치료 확인서 및 동의서

일련번호	20 - 호	**지원차수**	☐ 1차 ☐ 2차
수진자 성명		**치료 유형**	☐ 단독 ☐ 부부공동(배우자명 :)
연락처		**생년월일/성별**	
주 소			
이전 난임시술 여부		☐ 없음 ☐ 있음 (인공수정 회, 체외수정 회)	
난임의 원인	☐ 원인불명 ☐ 남성요인 ☐ 난관요인 ☐ 배란요인 ☐ 복강요인 ☐ 자궁요인 ☐ 기타 :		
한방 난임이 필요한 이유(상세한 설명)			
치료기간	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일		
치료내용	① 침 : 회 (주/ 회) ② 뜸 : 회 (주/ 회) ③ 첩약 : 제 (처방명: , , , ,) ④ 기타 :		
치료 중단시 사유	☐ 한방치료의 문제 (약, 침 부작용) ☐ 개인사유의 문제 (이사, 직장 등) ☐ 동의철회, 연락두절 등 ☐ 사업 진행 중 보조 생식술 등 치료 ☐ 기타 :		

치 료 결 과

치료결과 (확인일:) 치료완료후____개월	☐ **임신** (분만예정일:) ☐ 자궁내 임신 (임신낭 개수 :) ☐ 화학적 임신 ※ 임신시 임신방법 : ☐ 자연임신 ☐ **비임신**	☐ **치료 도중 자연 임신** (분만예정일:) ☐ 자궁외 임신 ☐ 기타 : ☐ 인공수정 ☐ 체외수정	
치료비 총액	원	**보건소 청구 비용**	원
의료기관명		**전화**	
의료기관 주소		FAX	

위와 같이 한의약 난임치료 지원사업 진료를 시행하였음을 확인하고, 아래에 서명한 본인은 본 한방 치료의 개요와 한방 치료의 유효성 및 안정성과 발생할 수 있는 부작용에 대해 환자 또는 보호자에게 충분히 설명하였음을 확인합니다

20 년 월 일

의사면허번호 : 번 담당의사 : (인)

시술기관대표 : (직인)

시·군·구 보건소장 귀하