

난임시술비 추가지원을 위한 담당의사 소견서

※ 본 서식은 신청인이 현재 또는 최근 시술받은 정부지정 난임시술 의료기관의 담당 주치의가 작성함

※ 본 소견서는 강릉시 난임시술비 추가지원사업의 지원 여부 판단을 위한 참고자료로 활용됨

1. 대상자 인적사항

성명(여성)		생년월일	
주소			
연락처			

2. 의학적 현황 (해당란 체크)

주요 난임 원인	☐ 여성 요인	☐ 남성 요인	☐ 복합 요인	☐ 원인 불명
	세부 진단명 및 소견:			
과거 난임시술 이력 (※ 건강보험 적용 여부와 관계없이 전체 시술 이력 기재)	인공수정		총 회	최근시술기간:
	체외수정	신선배아	총 회	
		동결배아	총 회	
최근 3회 시술 결과	1회차			
	2회차			
	3회차			
최근 3회 시술 시 난소반응성 (체외수정의 경우)	☐ 전반적으로 정상적 난자 채취가 이루어짐			
	☐ 일부 저반응 있으나 시술 시도 가능			
	☐ 공란포 발생 또는 3개 미만 난자 채취 이력이 있음			
	☐ 채취 실패 또는 극도의 난소 저반응으로 시술 중단 이력이 있음			
최근 3회 시술 시 수정 및 배아 발달 여부 (체외수정의 경우)	☐ 정상적인 수정 및 배아 발달로 이식 단계까지 무리 없이 도달함			
	☐ 수정 및 배아 발달 기능이 다소 저하되었으나 배아 형성 가능함			
	☐ 수정은 이루어지나 배아 발달 저하 등의 사유로 이식이 간헐적으로 취소됨			
	☐ 거듭된 수정 실패 또는 배아 발달 정지로 인해 이식 단계에 도달하지 못함			
생식내분비학적 상태 (최근 6개월 이내 검사 결과)	AMH(항물러관 호르몬)	[] ng/mL , 검사일: 202 . . .		
	기초 FSH	[] mIU/mL , 검사일: 202 . . .		

3. 안정성 평가 (해당란 체크 및 소견란 기재)

