

(参考例A) 参考であり、医療機関の様式によってください。

診 断 書

氏 名 _____

生年月日 _____ (_____ 歳)

住 所 _____

病 名 不妊症

附 記 (例1) 上記の者、当院において不妊治療を行っている。

(例2) 上記の者、不妊症のため通院治療中である。

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

住所

〇〇〇〇病院 産婦人科

医師



(参考例B) 規定様式ではありませんが、医療機関がこの書式で証明できる場合には使用できます。

医療機関証明書

下記の者については、不妊症のため治療を行っていることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名称

所在地

連絡先

主治医氏名



記

受診者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
診療開始日	平成	年 月 日
特記事項		

