

일련 번호	20 - 호	영구 불임 예상 난자·정자 동결·보존 확인서					
대상자 성명 (□여성 / □남성)		주민등록번호					
		연락처					
의학적 사유	<input type="checkbox"/> 유착성자궁부속기절제술 <input type="checkbox"/> 부속기종양적출술 <input type="checkbox"/> 난소부분절제술 <input type="checkbox"/> 고환적출술 <input type="checkbox"/> 고환악성종양적출술 <input type="checkbox"/> 부고환적출술 <input type="checkbox"/> 항암치료 (□ 항암제 투여, □ 복부 또는 골반 부위 포함 방사선 치료, □ 면역 억제 치료) <input type="checkbox"/> 염색체 이상 (□ 터너증후군 <input type="checkbox"/> 클라인펠터증후군 <input type="checkbox"/> 균형전이에 따른 생식기 기능 저하)						
생식세포(난자·정자) 동결일 / 보관기간	동결일/보관시작일 20    년    월    일			보관종료일 20    년    월    일			
생식세포 채취 여부 및 보관	<input type="checkbox"/> 난자 정보			<input type="checkbox"/> 정자 정보			
	난자 채취일			정자 채취일			
	채취된 난자 수(단위)		(개)	채취된 정자(단위)		(vials/straw)	
	폐기된 난자 수(단위)		(개)	폐기된 정자(단위)		(vials/straw)	
	보존된 난자 수(단위)		(개)	보존된 정자(단위)		(vials/straw)	
	보존 요청 기간		년	보존 요청 기간		년	
동결·보존 중단 시 사유							
비용 (단위 : 원)							
총 비용 (A+B+C+D)	일부 본인 부담금 (A)	보험자(공단) 부담금 (B)	전액 본인부담금 (C)	비급여 (D)			
				동결비	보관비	기타	
체외수정 시술기관 지정번호		의료 기관명		전화			
				FAX			
위와 같이 영구 불임 예상 생식세포(난자·정자) 동결·보존을 시행하였음을 확인합니다.							
20    년    월    일							
의사면허번호 :    번		전문일자격번호 :    과    번					
담당의사 :    (서명 또는 날인)		시술기관대표 :    (직인)					
시·군·구 보건소장 귀하							