

附表五

____年____月____日（週日）迄____年____月____日（週六）間

人工生殖開始使用排卵藥物等進入治療週期個案通報表

機構名稱：_____

機構代碼：_____

受術妻姓名	國民身分證統一編號／ 統一證號／護照號碼 ^(註)	病歷號碼	出生日期 年／月／日	開始使用藥物 日期 年／月／日	已依人工生殖法 第七條第一項規定 進行健康檢查及評估 (請打v)	已依人工生殖法 第十二條第一項規定 向受術夫妻說明並取 得同意書(請打v)

註：無國民身分證之外籍人士請同時填列統一證號及護照號碼。

通 報 人：_____

注意事項：本表應於每週二前通報前一週之個案。

通報日期：_____