

附表五體外受精(俗稱試管嬰兒)人工生殖技術施術結果證明書

補助申請案編號：○○-○○-○○○號

申請人基本資料		姓 名	出 生 日 期	身分證統一編號/外籍統一證號或護照號碼
	夫		年 月 日	
	妻		年 月 日	
本次施術情形		<p>請勾選一項與本次施術情形符合之選項：</p> <p><input type="checkbox"/>A. 實施新鮮胚胎植入(35歲(含)以下一次植入1個胚胎；36歲至44歲(含)以下最多植入2個胚胎)。</p> <p><input type="checkbox"/>B. 實施冷凍胚胎植入(35歲(含)以下一次植入1個胚胎；36歲至44歲(含)以下最多植入2個胚胎)。</p> <p><input type="checkbox"/>C. 將過去冷凍胚胎解凍並進行胚胎植入(35歲(含)以下一次植入1個胚胎；36歲至44歲(含)以下最多植入2個胚胎)。</p> <p><input type="checkbox"/>D. 有進行取卵，因體況不佳等，別無他法之原因終止治療。</p> <p><input type="checkbox"/>E. 無法受精或因胚胎分裂停止、萎縮、多精子受精等異常受精而中止。</p> <p><input type="checkbox"/>F. 已取卵卻不得卵或是因取不到狀態良好卵子而中止。</p> <p><input type="checkbox"/>1. 在本機構完成部分施術流程(如附表六)，其他特約人工生殖機構，進行後續療程。</p> <p>註：以上任一項相符者屬補助對象，無法進行取卵者(G、H)不屬於補助對象(詳附表一)。若勾選1者，請轉知申請人備妥身分證明文件正本與影本、本表影本、附表六影本至其他特約人工生殖機構進行後續療程，並請申請人自行確認冷凍生殖細胞或冷凍胚胎轉移過程符合冷凍保存規範。</p>		
本次施術期間		年 月 日 ~ 年 月 日(懷孕確認或治療終止日)		
取卵施行日期		年 月 日		
胚胎植入施行日期		年 月 日		
<p>以上病人經本院(所)診斷治療屬實，且填列資料屬實，特予證明</p> <p>醫事機構名稱：_____</p> <p>地址：_____</p>				

備註：本表請列印一份由申請補助之受術夫妻留存。