

# 변경대조표

※사업지원단 변경으로 변경사항이 많으니 유의바랍니다.

구분	24년	25년
지원사업 개요	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 대상: 자연임신을 원하는 난임부부(또는 사실혼부부)(원인불명의 난임) 여성나이: 1979년 1월 1일 이후 출생자 신청일 기준 부부 중 한 명이라도 대한민국 국적이면서 서울시 6개월 이상 거주한 서울시민 ※ 현역의 난임치료기간(3개월)동안+관찰기간(2개월) 의과 난임시술비 중복지원 불가</li> <li>· 치료기간: 1회 치료기간 총 5개월 (3개월(집중치료)+2개월(관찰기간))</li> <li>· 내 용: 한의약 난임 치료 3개월 협약비용의 90% 지원(120만원) ※수급자 및 차상위는 100% 지원</li> <li>· 지원횟수: 신청일 기준 1인 생애 최대 2회(연 1회)</li> <li>· 사업신청: 주소지 관할 보건소(부부동시 치료시 여성 주소지) 또는 직장 소재지 보건소</li> <li>· 구비서류             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 원인불명의 난임을 확인할 수 있는 난임 진단서(난임시술병원, 산부인과 전문과), 사전 선별지</li> <li>* 난임시술비용 진단서 제출시 보험 진단서 제출 생략 가능 단, 남성 단독 시, 여성 진단서 반드시 제출해야 함</li> <li>* 사전선별지: 임신출산정보센터(<a href="https://seoul-agi.seoul.go.kr/smom">https://seoul-agi.seoul.go.kr/smom</a>)에서 사전 선별 자가 점검</li> <li>- (공통) CBC, LET, BUN/Cr (남)정액검사 (여)풍진면역, AMH</li> <li>- 주민등록등본, 가족관계 증명서(부부 주민등록지가 다를 경우), 사실혼 증명서류</li> <li>- 기초생활수급자, 차상위 계층 확인서(수급자 및 차상위 대상 확인 필요시)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지원 대상: 여성 연령 만 45세 이하 (1980년 1월 1일 이후 출생자), 남성 연령 제한 없음 신청일 기준 부부(사실혼 포함) 중 한 명 이상이 서울시에 주민등록된 대한민국 국적자 원인불명의 난임 진단을 받은 경우에 한하여 신청 가능함</li> <li>· 지원 횟수: 신청일 기준 1인 생애 최대 2회(연 1회 지원 가능)</li> <li>· 지원 내용 및 치료 기간             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최소 1개월 이상, 최대 3개월 이내의 협약 치료비 90% 지원 (1인 최대 120만원) *기초생활수급자 및 차상위계층: 100% 전액 지원</li> <li>- 1개월 이상 집중 한의 치료가 종료된 이후에는 의과 난임 지원 시술 (인공수정·시술관 등)을 순차적으로 진행할 수 있으며, 의과 시술 종료 후 기존 등록 한의원에서 한의 치료 재개 가능 * 단, 총 지원 일수는 3개월 이내이며, 의과 시술과 한의 치료의 간격은 최소 7일 유지 권고*)</li> </ul> </li> <li>· 경과 관찰: 한의약 난임 치료 최소 1개월 이상 집중 치료를 지속한 환자들을 대상으로 최대 2026년 2월까지 추적관찰 시행할 수 있음</li> <li>· 신청 방법: 신청자는 아래 신청 서류를 구비하여 보건소에 직접 신청해야 합니다.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 온라인 신청: 서울시 임신 출산정보센터(<a href="https://seoul-agi.seoul.go.kr">https://seoul-agi.seoul.go.kr</a>)</li> <li>- 오프라인 신청: 주소지 관할 보건소 (부부 동시 치료시 여성 주소지 기준) 또는 직장 소재지 보건소</li> </ul> </li> <li>· 신청 서류             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 한의약 난임치료 지원사업 신청서</li> <li>② 원인불명의 난임을 확인할 수 있는 난임 진단서 (난임 시술 병원 또는 산부인과 전문과 발급) * 단, 난임부부 시술비 지원을 위해 보건소에 이전에 제출한 난임 진단서가 '원인불명의 난임'일 경우 대체 가능</li> <li>③ 한의약 난임치료 지원사업 개인정보 제공 동의서</li> <li>④ 사전 선별 자가 점검 결과지 → 서울시 임신 출산 정보센터(<a href="https://seoul-agi.seoul.go.kr/smom">https://seoul-agi.seoul.go.kr/smom</a>)에서 작성</li> <li>⑤ 필수 검사결과지 (공통) CBC, LET, BUN/Cr (남성) 정액검사 (여성) AMH 검사 결과</li> <li>⑥ 주민등록등본 (부부 주민등록지가 다를 경우 가족관계 증명서 포함) * 사실혼일 경우 사실혼 증명서류로 대체</li> <li>⑦ (해당시) 기초생활수급자, 차상위 계층 확인서</li> </ol> </li> </ul>
-지원 대상	·만 44세(1979년 1월 1일 이후 출생자) ·서울시 6개월 이상 거주	·만 45세(1980년 1월 1일 이후 출생자) ·서울시 주민등록
-최소 치료기간	·1개월 이상 치료중단시 치료종료	·최소 1개월 이상 치료가 가능해야 함
-지원 내용	·의과 난임시술 시 지원 종료	·의과 난임시술 시 지원 중단, 시술 종료 후 재개 가능 (최소 7일 간격 유지, 총 지원 일수 내에서 재개)
-구비 서류	·원인불명의 난임을 확인할 수 있는 난임진단서 ·풍진면역검사	·난임부부 시술비 지원을 위해 이전에 제출한 원인불명의 난임진단서로 대체 가능 ·풍진면역검사 삭제
참여자 준수사항	<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 참여자 준수사항</li> <li>- 지원 결정통지서 제출 이후 치료시작 가능</li> <li>- 치료 중 의과 난임시술(인공수정, 시험관시술) 병행시 지원불가(또는 환수처리) 결정에 동의해야 함</li> <li>- 치료 중 개인사유로 1개월 이상 치료중단시 그 시점기준 치료종료 결정에 동의해야 함</li> <li>- 3개월 협약치료와 2개월 경과관찰에 적극 참여하고 치료종료후 임신여부를 통보(임신증빙 서류 제출)</li> <li>- 치료중단 시(임신, 기타사유)는 보건소 및 한의원에 반드시 통보</li> <li>- 치료전과 치료완료 후 지정 검사를 실시하고 결과지 제출</li> <li>- 보건소의 한의원에서 실시하는 교육, 상담, 설문조사에 적극 참여</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 참여자 준수사항</li> <li>· 한의약 난임 치료는 최소 1개월 이상 집중적으로 참여해야 하며, 총 지원기간은 최대 3개월입니다.</li> <li>· 최소 1개월 이상 집중치료가 불가능할 경우 탈락 처리</li> <li>· 보건소에서 발급한 지원 결정통지서를 지정 한의원에 제출한 이후에만 치료 시작 가능</li> <li>· 최소 1개월 이상 한의 치료가 받은 후에는 의과 시술과 순차적으로 연계하여 진행할 수 있습니다. 이 경우 치료 간에는 최소 7일 이상의 간격을 두는 것을 권장하며, 의과 시술 종료 후에는 기존 최자 내에서 한의 치료를 재개할 수 있습니다.</li> <li>· 단, 한의 치료와 의과 난임 시술(인공수정, 시험관시술 등)을 동시에 병행할 수는 없습니다.</li> <li>· 또한, 치료 중 의과 난임 지원 시술 병행 시 본 사업의 지원이 불가능하여(또는 환수 처리할 수 있음), 이에 대해 사전 동의한 경우에만 참여 가능합니다.</li> <li>· 의과 난임 시술을 병행하거나 종료 후 한의 치료를 재개시, 반드시 한의사와 상담 후 치료의 종류와 결과를 충분히 공유해야 합니다.</li> <li>· 한의 치료종료 또는 중단(예: 임신 등) 후 임신 여부를 가능한 신속하게 지정 한의원 또는 보건소에 통보해야 하며, 임신이 확인된 경우 임신 확인서 또는 초음파 소견서 등 증빙 서류를 제출해야 합니다. (제출 방법: 한의원을 통한 제출, 보건소 방문 또는 전자 제출 가능)</li> <li>· 한의 치료 종료 후에는 약 2개월간의 경과관찰이 있으며, 이에 성실히 협조해야 합니다.</li> <li>· 의과 시술 후 한의 치료로 복귀하지 않은 대상자도 연말 보건소 알발 조사 시 임신 여부 확인에 반드시 협조해야 하며, 임신이 확인된 경우 관련 증빙 자료를 보건소에 제출하여야 합니다.</li> <li>· 치료 시작 전, 지정된 사전 필수 검사를 이행하고 검사 결과지를 보건소에 제출해야 합니다.</li> <li>· 사업 기간 중 보건소 및 한의원에서 실시하는 교육, 상담, 사전 사후 설문조사 등에 성실히 참여해야 합니다.</li> </ul>
-최소 치료기간		·최소 1개월 불가능할 경우 탈락
-동시치료 불가	·동시치료 불가	·의과 시술과 순차적으로 연계하여 진행 *동시에 병행 불가(지원불가, 환수처리)

<p><b>한의원 준수사항</b></p>	<p>◆ <b>지정 한의원 유의 및 준수사항</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 개인사유로 인해 1개월 이상 치료중단 시 그 시점 기준 치료종료 됨을 치료 대상자에게 고지</li> <li>- 한방치료 중 난임 시술 병행시 지원 불가(또는 환수조치)함을 치료 대상자에게 고지</li> <li>- 치료 중 임신성공시 <b>치료완료료</b> 치료종료(2주 이내 보건소에 보고)</li> <li>- 지원 결정통지서 제출 이전 치료비는 지원 불가함</li> <li>- 치료 중단 사유 발생시 보건소 통보(2주 이내)</li> </ul>	<p>◆ <b>지정 한의원 유의 및 준수사항</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료는 반드시 보건소에서 발급한 지원결정통지서 제출 이후 시작해야 하며, 그 이전의 진료 비용은 지원 대상에 포함되지 않습니다.</li> <li>- 한의 치료와 외과 난임 지원 시술(인공수정, 시험관시술 등)은 <b>동일한 시점에서 병행할 수 없음</b>을 치료 대상자에게 반드시 고지해야 합니다. <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 단, 외과 시술 전후 최소 7일의 간격을 둔 순차적 치료는 가능, 필요시 일정 조정 및 재진입 가능성 안내</li> </ul> </li> <li>- 치료 도중 임신이 확인된 경우 치료 완료로 간주되며, 2주 이내에 보건소에 보고해야 합니다.</li> <li>- 치료 중단 사유(임신, 탈락, 기타 사유) 발생 시 2주 이내 보건소 통보해야 합니다.</li> <li>- 외과 시술 여부, 한의치료 재개 여부, 임신 결과 등이 최종 결과 보고서에 반영될 수 있도록 반드시 서식에 정확하게 입력해서 보건소에 제출해야 합니다. (치료종료 후 3개월 추적관찰한 결과까지 취합하여 제출)</li> </ul>																																								
<p>-모니터링</p>	<p>·</p>	<p>· <b>치료종료 후 3개월 추적관찰 추가</b></p>																																								
	<p style="text-align: center;"><b>보건소 - 참여한의원 정보 공유 방법</b></p> <p>1. 보건소에서 한의원에 정보 공유</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지원결정통지서 원본 1부</li> <li>- 선별검사 결과지, 사일 신청서, 진단서 사본 각 1부</li> </ul> <p>※ 정보공유 방법 : 대상자에게 지원결정 통지서와 함께 서류 발급하여 한의원에 제출토록 함</p> <p>2. 한의원에서 보건소에 정보 공유</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료비 청구서 원본 1부</li> <li>- 치료 확인서 원본 1부 (치료결과 기재)</li> <li>- 경과관찰 기록지 사본 1부</li> <li>- 통장사본 1부(매번 제출)</li> <li>- 사업자 등록증 사본 1부(신규 혹은 변동사항 있을 경우 제출)</li> </ul> <p>※ 정보공유 방법 : 보건소에 치료비 청구서 첨부</p>	<p style="text-align: center;"><b>보건소 - 참여 한의원간 정보 공유 방법</b></p> <p>1. 보건소에서 지정 한의원에 정보 공유 (대상자 확정 후)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 제공 시점: 지원 대상자 확정 직후(대상자별 초진 전)</li> <li>- 제공 방법: 대상자 본인 전달 또는 보건소에서 지정 한의원으로 직접 송부(우편 또는 공문/전자문서)</li> <li>- 제공 자료 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지원결정통지서 원본 1부</li> <li>- 사전검사 결과지</li> <li>- 난임진단서</li> <li>- 신청서, 개인정보 제공 동의서 사본</li> <li>- 사전 선별 자가 점검 결과지</li> </ul> </li> </ul> <p>2. 지정 한의원에서 보건소에 정보 공유 (치료 종료 또는 중단 후)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 제출 시점: 치료종료 또는 중단 후 2개월 이내(비용청구 시)</li> <li>- 제출 방법: 치료종료 후 2개월까지 추적관찰 결과를 반영한 서류를 보건소에 일괄 제출</li> <li>- 제출 자료 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료비 청구서 원본 1부</li> <li>- 사전 설문지 원본 1부</li> <li>- 치료 대상자 명단 사본 1부</li> <li>- 환자별 핵심결과보고 원본 1부 (치료 기간, 투약 회차, 치료 결과, 임신 여부 및 증빙 기재 필수)</li> <li>- 경과관찰 기록지 (진단 및 치료계획, 투약관찰기록지, 침구치료기록지, 외과 난임시술기록지, 이 상 방문 여부 및 난임사유 중단사유) 사본 1부</li> <li>- 통장 사본 1부 (매 회차 제출 필요)</li> <li>- 사업자 등록증 사본 1부 (신규 한의원 또는 변동 사항 발생 시 제출)</li> </ul> </li> </ul>																																								
<p>-제공 시점</p>	<p>·</p>	<p>· <b>치료 종료 후 2개월 이내</b></p>																																								
<p>-제출 자료</p>	<p>· <b>치료 확인서(치료결과 기재)</b></p>	<p>· <b>환자별 핵심결과보고</b></p> <p>· <b>치료 대상자 명단</b></p> <p>· <b>사전 설문지</b></p>																																								
<p><b>모니터링</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>치료결과 확인 및 모니터링</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>조사내용</th> <th>임신성공 (문항 1)</th> <th>임신성공, 지속여부 (문항 1, 2)</th> <th>임신성공, 지속여부, 출생아 (문항 1, 2, 3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>조사시점</td> <td>치료종료 후 (비용청구시, 일괄)</td> <td>치료종료 후 6개월</td> <td>치료종료 후 1년</td> </tr> <tr> <td>조사자</td> <td>한의원</td> <td>보건소</td> <td>보건소</td> </tr> <tr> <td>조사대상</td> <td>한약·난임치료 지원 대상자</td> <td>한약·난임치료 지원 대상자</td> <td>한약·난임치료 지원 대상자</td> </tr> <tr> <td>자료처리</td> <td>난임치료 확인서 기재</td> <td>전산시스템 입력</td> <td>전산시스템 입력</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 임신 임신반응 양성 혹은 최소 하나 이상의 임신양 확인된 경우(자궁외 임신 제외)  ※ 지속 임신: 임신 12주에 태아 심박동이 들린 경우  ※ 분만: 임신이 만 20주 이후 살아 있는 태아의 분만</p>	조사내용	임신성공 (문항 1)	임신성공, 지속여부 (문항 1, 2)	임신성공, 지속여부, 출생아 (문항 1, 2, 3)	조사시점	치료종료 후 (비용청구시, 일괄)	치료종료 후 6개월	치료종료 후 1년	조사자	한의원	보건소	보건소	조사대상	한약·난임치료 지원 대상자	한약·난임치료 지원 대상자	한약·난임치료 지원 대상자	자료처리	난임치료 확인서 기재	전산시스템 입력	전산시스템 입력	<p style="text-align: center;"><b>치료결과 확인 및 모니터링</b></p> <p>[2025년 개정]</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>조사 내용</th> <th>임신 여부 및 방법</th> <th>임신성공, 지속여부</th> <th>임신 성공, 지속, 출생아 확인</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>조사 시점</td> <td>치료종료 후 3개월</td> <td>치료종료 후 6개월</td> <td>연말 (12월 일괄 확인)</td> </tr> <tr> <td>조사자</td> <td>한의원</td> <td>보건소</td> <td>보건소</td> </tr> <tr> <td>조사 대상</td> <td>치료 종료된 대상자</td> <td>치료 종료된 대상자</td> <td>치료 종료된 대상자</td> </tr> <tr> <td>자료 처리</td> <td>한원에서 난임 치료 확인서 기재 → 보건소 전달 → 보건소에서 취합하여 난임 지원단 전달</td> <td>보건소가 지정 양식에 입력 → 난임 지원단 전달</td> <td>보건소가 지정 양식에 입력 → 난임 지원단 전달</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 임신 임신반응검사 양성 혹은 초음파 검사상 최소 하나 이상의 임신양 확인된 경우 (자궁외 임신 제외)  ※ 지속 임신: 임신 12주에 태아 심박동이 들린 경우  ※ 분만: 임신 20주 이후 살아 있는 태아의 분만</p>	조사 내용	임신 여부 및 방법	임신성공, 지속여부	임신 성공, 지속, 출생아 확인	조사 시점	치료종료 후 3개월	치료종료 후 6개월	연말 (12월 일괄 확인)	조사자	한의원	보건소	보건소	조사 대상	치료 종료된 대상자	치료 종료된 대상자	치료 종료된 대상자	자료 처리	한원에서 난임 치료 확인서 기재 → 보건소 전달 → 보건소에서 취합하여 난임 지원단 전달	보건소가 지정 양식에 입력 → 난임 지원단 전달	보건소가 지정 양식에 입력 → 난임 지원단 전달
조사내용	임신성공 (문항 1)	임신성공, 지속여부 (문항 1, 2)	임신성공, 지속여부, 출생아 (문항 1, 2, 3)																																							
조사시점	치료종료 후 (비용청구시, 일괄)	치료종료 후 6개월	치료종료 후 1년																																							
조사자	한의원	보건소	보건소																																							
조사대상	한약·난임치료 지원 대상자	한약·난임치료 지원 대상자	한약·난임치료 지원 대상자																																							
자료처리	난임치료 확인서 기재	전산시스템 입력	전산시스템 입력																																							
조사 내용	임신 여부 및 방법	임신성공, 지속여부	임신 성공, 지속, 출생아 확인																																							
조사 시점	치료종료 후 3개월	치료종료 후 6개월	연말 (12월 일괄 확인)																																							
조사자	한의원	보건소	보건소																																							
조사 대상	치료 종료된 대상자	치료 종료된 대상자	치료 종료된 대상자																																							
자료 처리	한원에서 난임 치료 확인서 기재 → 보건소 전달 → 보건소에서 취합하여 난임 지원단 전달	보건소가 지정 양식에 입력 → 난임 지원단 전달	보건소가 지정 양식에 입력 → 난임 지원단 전달																																							
<p>-조사 시점</p>	<p>· <b>치료종료 후, 6개월 후, 1년 후</b></p>	<p>· <b>2개월 후, 6개월 후, 연말</b></p>																																								
<p>-자료 처리</p>	<p>·</p>	<p>· <b>지원단 전달(자료 누락 최소화)</b></p>																																								

<p><b>치료결과 확인</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>문항</b></p> <p>1. 한의학 난임치료 지원사업에 따른 치료 결과는 어디에 해당하십니까?          ① 비임신          ② 치료 중 또는 치료종료 후 2개월 이내 임신 (출산예정일: _____)          ③ 치료 종료 2개월 이후 6개월 이내 임신 (출산예정일: _____)          ④ 치료 종료 6개월 이후 임신 (출산예정일: _____)</p> <p>1-1) 임신방법은 어떻게 되시나요?          ① 자연임신          ② 인공수정으로 임신          ③ 제외수정으로 임신          ④ 인공수정과 제외수정 모두 시술 후 임신</p> <p>2. 임신 12주 이상 임신 유지 중입니까?          ① 임신 후 유산 (유산시기: 임신 _____ 주)          ② 임신 지속 중</p> <p>3. 임신 결과는 어떻게 되시나요?          ① 임신 후 유산 (유산시기: 임신 _____ 주)          ② 임신 후 사산(20주 이후 태아 사망, 임신 중절)          ③ 임신 후 조산 분만(37주 이전 분만)          ④ 임신 후 만삭 분만(37주 이후 분만)</p> <p>3-1. 분만을 하셨나요?          ① 예 (자연분만 _____ 제왕절개 _____)    ② 아니오</p> <p>3-2. 분만한 태아상태는 어떠한가요?          ① 건강함(특이사항 없음)          ② 분만 시 질병( _____ ) → 동반질환의 종류( _____ )          ③ 기형( _____ ) → 동반기형의 종류( _____ )          ④ 태아( _____ )    쌍태아( _____ )    삼태아( _____ )</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>대상자 이름</td> <td>생년월일</td> </tr> <tr> <td>치료 시작일</td> <td>치료 종료일</td> </tr> <tr> <td>사후 설문 응답 여부</td> <td><input type="checkbox"/> 예                      <input type="checkbox"/> 아니오 (→ 설문 안내)</td> </tr> <tr> <td>임신 여부</td> <td><input type="checkbox"/> 예                      <input type="checkbox"/> 아니오</td> </tr> <tr> <td>임신 시기</td> <td><input type="checkbox"/> 치료중    <input type="checkbox"/> 치료종료 후 3개월 이내    <input type="checkbox"/> 치료 종료 후 6개월 이내</td> </tr> <tr> <td>임신 방법</td> <td><input type="checkbox"/> 자연임신    <input type="checkbox"/> 인공수정 (IU)    <input type="checkbox"/> 시외관시술 (IVF)</td> </tr> <tr> <td>임신 지속 여부 (해당시)</td> <td><input type="checkbox"/> 지속                      <input type="checkbox"/> 유산</td> </tr> <tr> <td>출산 여부 (해당시)</td> <td><input type="checkbox"/> 유산 (유산 시기: 임신 _____ 주)  <input type="checkbox"/> 임신 후 사산 (임신 20주 이후 태아사망)  <input type="checkbox"/> 임신 후 조산 분만 (임신 37주 이전)  <input type="checkbox"/> 임신 후 만삭 분만 (임신 37주 이후 분만)</td> </tr> <tr> <td>분만 방법 (해당시)</td> <td><input type="checkbox"/> 자연 분만                      <input type="checkbox"/> 제왕 절개</td> </tr> <tr> <td>분만 태아 상태 (해당시)</td> <td><input type="checkbox"/> 건강함  <input type="checkbox"/> 분만시 질환: _____  <input type="checkbox"/> 기형: _____  <input type="checkbox"/> 태아( _____ )                      <input type="checkbox"/> 쌍태아                      <input type="checkbox"/> 삼태아</td> </tr> </table>	대상자 이름	생년월일	치료 시작일	치료 종료일	사후 설문 응답 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (→ 설문 안내)	임신 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	임신 시기	<input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 치료종료 후 3개월 이내 <input type="checkbox"/> 치료 종료 후 6개월 이내	임신 방법	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 (IU) <input type="checkbox"/> 시외관시술 (IVF)	임신 지속 여부 (해당시)	<input type="checkbox"/> 지속 <input type="checkbox"/> 유산	출산 여부 (해당시)	<input type="checkbox"/> 유산 (유산 시기: 임신 _____ 주) <input type="checkbox"/> 임신 후 사산 (임신 20주 이후 태아사망) <input type="checkbox"/> 임신 후 조산 분만 (임신 37주 이전) <input type="checkbox"/> 임신 후 만삭 분만 (임신 37주 이후 분만)	분만 방법 (해당시)	<input type="checkbox"/> 자연 분만 <input type="checkbox"/> 제왕 절개	분만 태아 상태 (해당시)	<input type="checkbox"/> 건강함 <input type="checkbox"/> 분만시 질환: _____ <input type="checkbox"/> 기형: _____ <input type="checkbox"/> 태아( _____ ) <input type="checkbox"/> 쌍태아 <input type="checkbox"/> 삼태아
대상자 이름	생년월일																					
치료 시작일	치료 종료일																					
사후 설문 응답 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (→ 설문 안내)																					
임신 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오																					
임신 시기	<input type="checkbox"/> 치료중 <input type="checkbox"/> 치료종료 후 3개월 이내 <input type="checkbox"/> 치료 종료 후 6개월 이내																					
임신 방법	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 (IU) <input type="checkbox"/> 시외관시술 (IVF)																					
임신 지속 여부 (해당시)	<input type="checkbox"/> 지속 <input type="checkbox"/> 유산																					
출산 여부 (해당시)	<input type="checkbox"/> 유산 (유산 시기: 임신 _____ 주) <input type="checkbox"/> 임신 후 사산 (임신 20주 이후 태아사망) <input type="checkbox"/> 임신 후 조산 분만 (임신 37주 이전) <input type="checkbox"/> 임신 후 만삭 분만 (임신 37주 이후 분만)																					
분만 방법 (해당시)	<input type="checkbox"/> 자연 분만 <input type="checkbox"/> 제왕 절개																					
분만 태아 상태 (해당시)	<input type="checkbox"/> 건강함 <input type="checkbox"/> 분만시 질환: _____ <input type="checkbox"/> 기형: _____ <input type="checkbox"/> 태아( _____ ) <input type="checkbox"/> 쌍태아 <input type="checkbox"/> 삼태아																					
-설문 형식 변경																						
-임신 지속 여부	·유산시기	·유산여부																				
-대상자 정보		·이름, 생년월일, 치료시작·종료일																				
<p><b>조사 방법</b></p>	<p>없음</p>	<p><b>임신 여부 확인 및 전수 조사 시 정보 공유 방법</b></p> <p><b>1. 치료 종료 또는 중단 후 3개월 이내</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 지정 한의원이 주관하여 대상자의 임신 여부를 1차 확인하고, 임신이 확인된 경우 임신 확인서 또는 초음파, 소견서 등 증명자료를 송부하여 보건소에 제출합니다.</li> <li>· 임신이 확인되지 않은 경우에도 경과 상태 및 의과 시술 여부를 포함한 간단한 소견을 기록하여 함께 제출합니다.</li> </ul> <p><b>2. 치료 종료 후 6개월 시점</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 보건소가 주관하여 임신 여부가 아직 확인되지 않은 대상자에게 추가 확인 절차를 안내하거나 개별 연락을 실시합니다.</li> <li>· 치료 종료 이후에도 임신이 이루어진 경우, 대상자는 보건소에 임신 확인 증명 자료를 제출해야 합니다.</li> </ul> <p><b>3. 연말 전수조사 (2025년 12월 예정)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 치료 종료 후에도 복귀하지 않았거나 임신 여부가 미확인된 대상자 전원을 대상으로 보건소가 일괄 확인을 진행합니다.</li> <li>· 다음의 방법을 통해 임신 확인 여부를 수집할 수 있습니다.             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 개별 유선 또는 문자 연락을 통한 확인</li> <li>· 다른 보건사업(고위험임산부 출산지원 등)에 제출된 임신 확인 자료</li> <li>· 행정정보공유이용망 또는 내부 전달계계를 통한 전산 자료 확인</li> </ul> </li> <li>· 임신이 확인된 경우, 보건소는 해당 자료를 저술시 단일 지원단에 보고하여 사업 통계 및 성과 관리에 반영합니다.</li> </ul> <p><b>4. 임신 정보 제출 시 유의사항</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 임신 확인 서류는 치료 기간 중, 치료 종료 또는 중단 후 3개월 이내에는 지정 한의원을 통해 제출하고, 이후에는 대상자가 직접 보건소 방문 또는 전자 제출(이메일 등) 방식으로 제출할 수 있습니다.</li> <li>· 제출 기한 내 임신 여부가 확인되지 않을 경우, 보건소에서 재확인 및 미보고 사유 기록을 요청할 수 있습니다.</li> </ul>																				

## 서울시 한의약 난임치료 지원사업 사전 선별지

### I. 지원대상자 기준 확인

- 서울시 주민등록 거주 국민입니다 (6개월 이상)
- 원인불명의 난임 진단을 받았습니다. (난임시술기관, 산부인과 전문의)
- (여성만 해당) 1979년 이후 출생자입니다
- 서울시 한의약 난임 치료사업 목적에 동의하고 개인정보 제공 및 열람에 동의합니다
- 난임시술기관에서 난임시술 중인 부부는 한의약 난임치료 사업 참여 불가함에 동의합니다

### II. 사업참여 신청자 사전 적합판정 기준표

에	아니오
* 해당 사항이 있는 경우 적힌 대상이 아닙니다	
1. 조기난소부전으로 인한 조기배경 요인 난임입니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 학상 장애를 유발할 수 있는 상태의 자궁내막 유착 및 자궁기형이 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 남성요인 난임입니다(배색성 무정자증, 성기능 장애로 자연임신 시도가 어려운 경우)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 여성이 양측 난관 폐색으로 인한 난임입니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 5개월간의 치료기간 도중 의과 난임시술 계획이 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 신경과적 또는 정신과적으로 중요한 병력이 있거나 현재 질환을 앓고 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 다음과 같은 질환 및 약물은 이 사업에 참여가 어렵다고 판단되는 경우에 해당합니다. (모함 내반비, 골관절염, 만성 신장 질환, 동맥 고혈압, 심혈관계 질환, 계통화 약성분용 혈액 및 기타 면역성 질환 등) 임플란트: 전신질환으로 1년 이상 약물 복용 혹은 시어미(비스티로이드 항염증제, 스테로이드, 항암제, 항진균제, 항생제) 복용 당시 복용하는 경우	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 과거 5년 이내에 임의 과거력이 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 한약 및 침·뜸 치료에 대한 과민성, 알러지, 심리적 거부감이 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## 서울시 한의약 난임치료 지원사업 사전 선별지

### I. 지원대상자 기준 확인

- 서울시 주민등록 거주자입니다
- (여성만 해당) 1980년 1월 1일 이후 출생자입니다
- 원인불명의 난임 진단을 받았습니다. (난임시술기관, 산부인과 전문의)
- 본인은 서울시 한의약 난임 치료사업 목적에 동의하고 개인정보 제공 및 열람에 동의합니다

### II. 사업 참여 신청자 사전 적합 판정 기준표

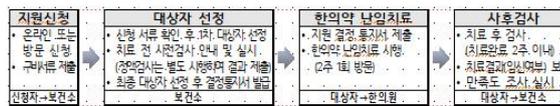
에	아니오
* 해당 사항이 있는 경우 적힌 대상이 아닙니다	
1. 조기난소부전으로 인한 조기배경 요인 난임입니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 학상 장애를 유발할 수 있는 상태의 자궁내막 유착 및 자궁기형이 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 남성 요인 난임(배색성 무정자증, 성기능 장애로 자연임신 시도가 어려운 경우)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 여성이 양측 난관 폐색으로 인한 난임입니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 최소 1개월 이상 한약 복용이 어렵습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. 최소 1개월 이내 의과 난임 시술(인공수정, 시험관시술 등)을 받을 예정입니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. 신경과적 또는 정신과적으로 중요한 병력이 있거나 현재 질환을 앓고 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 현재 다음 중 하나 이상의 질환을 보유하고 있습니다. (모함내반비, 골관절염, 만성 신장 질환, 동맥 고혈압, 심혈관계 질환, 계통화 약성분용 혈액 및 기타 면역성 질환)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 최근 5년 이내에 임의 과거력이 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. 한약 또는 침·뜸 치료에 대한 과민 반응, 알러지, 심리적 거부감이 있습니다.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## 사전 선별지

-거주 요건	•6개월 이상 주민등록	•주민등록
난임시술 사업 참여	•사업 참여 불가	•순차적으로 병행 시 가능(항목 삭제)
-치료기간 중 난임시술 계획	•5개월 치료기간 중 의과 난임시술 계획	•최소 1개월 이내 의과 난임 시술 계획

**「2024년 한의약 난임치료 지원사업」 안내문 (대상자용)**

- 지원대상: 임신을 원하는 관내 난임 진단 부부 또는 여성(남성)
  - 자연임신을 원하는 난임부부, 여성 나이 만 44세 이하, 사실혼 지원 가능
  - 신청일 기준 ○○구에 주민등록을 두고 6개월 이상 거주한 자 (부부 중 한 명이라도 대한민국 국적이면서 서울시민)
  - 원인불명의 난임진단자(신제 구조상 난임문제가 없는 자)
- 지원내용
  - 3개월 협약치료비용 90% 지원(최대 1,200,000원/1인) ※ 본인부담금 10% 발생 - 단, 수급자, 차상위 전액 지원
  - 2주 1회 상담 및 이상반응 관찰 ※ 협약복용 기간(3개월) 동안 양방 난임시술 제한
- 신청장소:
  - 온라인 신청: 서울시 임신·출산 정보센터(<https://seoul-agi.seoul.go.kr>)
  - 방문 신청: ○○구보건소 ○층 ○○○○과 방문(☎02-0000-0000)
- 구비서류
  - 참여 신청서, 사전 결과결과지, 사전선별 자가검정결과지
  - 주민등록등본: ○○구 6개월 이상 실거주 확인(신청일 기준)
  - 원인불명의 난임을 확인할 수 있는 난임진단서(난임시술병원, 산부인과 전문의 발급)
  - 부부관계 확인: 주민등록등본 (필요시 가족관계 증명서, 사실혼 증빙 서류)
- 신청 및 지원절차



- 치료 전 / 치료 완료 후 검사(무료)
  - 사전 검사(보건소)
    - ※ 보태임신지원사업 신청 시(부부 모두) 모든 검사비용 무료 가능(정액검사 AMH, 풍진검사 포함)
    - ※ 보건소 방문 전 온라인으로 서울시 임신출산정보센터에서 신청 가능
    - (공동) 일반혈액(CBC), 신기능, 간기능 등
    - (남) 정액검사(지정 의료기관)
    - ※ 검사 후 결과지를 사업 담당자 이메일([\\_\\_\\_\\_\\_@seoul.go.kr](mailto:_____@seoul.go.kr))로 제출
    - ※ 최종 대상자로 선정 시 결과지 원본은 결정통지서 수령을 위한 보건소 방문 시 제출
    - (여) AMH, 풍진항체검사

- 사후 검사(보건소): 치료 완료(아지막 협약 복용 후) 2주 이내
  - 일반혈액(CBC), 신기능, 간기능 및 만족도 설문조사

- 검사결과 확인: 일주일 이내 공공보건포털 <https://www.e-health.go.kr> 에서 확인
- 참여자 준수사항
  - 지원 결정통지서 발급 이후 치료 시작 가능
  - 치료 중 개인사유로 1개월 이상 치료 중단 시 그 시점기준 치료 종료함
  - 치료 중 임신 성공 시 치료 종료함
  - 3개월 협약치료에 적극 참여하고 종료 후 임신여부를 통보(임신증빙 서류 제출)
  - 치료 중단 시에는(임신, 기타사유) 보건소 및 한의원에 반드시 통보
  - 치료 전과 치료 완료 후 지정 검사를 실시하고, 결과지 보건소에 제출
  - 보건소와 한의원에서 실시하는 교육, 상담, 설문조사에 적극 참여
- 서울시내 한의약 난임치료 지정한의원 중 자를 선택 가능
  - ※ 지정 의료기관은 서울시 임신출산정보센터(<https://seoul-agi.seoul.go.kr>) 링크
- 문의: ○○○○과 ○○○○팀(☎02-0000-0000)

**「2025년 한의약 난임치료 지원사업」 안내문 (대상자용)**

- 지원대상: 임신을 원하는 관내 난임 진단 부부 또는 여성(남성)
  - 자연임신을 원하는 부부(여성 나이 만 45세 이하, 남성 나이 제한 없음) 사실혼 지원 가능
  - 신청일 기준 서울시 내 거주구에 주민등록이 되어있으며 대한민국 국적자일 것 (부부 중 한 명이라도 대한민국 국적이면서 서울시민)
  - 원인불명의 난임 진단을 받은 경우에 한하여 신청 가능함
- 지원 내용
  - 3개월 협약치료비용 90% 지원 (최대 1,200,000원/1인) ※ 본인부담금 10% 발생 - 단 기초생활수급과 및 차상위 계층은 100% 지원
  - 최소 1개월 이상 협약 치료 참여 필수
  - 1개월 이상 집중 한의 치료종료 후 의과 난임 지원 시술(인공수정, 시립관 시술 등) 순차적 병행 가능
  - 단, 의과 난임 지원 시술 전후 7일 이상 간격 원고
  - 의과 시술 후 한의 치료 재진입 시 기준 회차내 최대 3개월까지 지원 가능
  - 2주 1회 상담 및 이상 반응 관찰
- 신청 방법
  - 온라인 신청: 서울시 임신·출산 정보센터(<https://seoul-agi.seoul.go.kr>)
  - 방문 신청: ○○구 보건소 ○층 ○○○○과 방문(☎02-0000-0000)
- 구비 서류
  - ① 한의약 난임 치료 지원사업 신청서, 사전결과결과지, 개인정보 제공 동의서
  - ② 원인불명의 난임을 확인할 수 있는 난임 진단서 (난임 시술 병원 또는 산부인과 전문의 발급)
  - ※ 단, 난임부부 시술비 지원을 위해 보건소에 이전에 제출한 난임 진단서가 원인불명의 난임을 증명할 수 없다면
  - ③ 사전 선별 자가 검정 결과지
  - 서울시 임신 출산 정보센터(<https://seoul-agi.seoul.go.kr/smom>)에서 작성
  - ④ 주민등록등본 (부부 주민등록지가 다를 경우 가족관계 증명서 포함)
  - ※ 사실혼일 경우 '사실혼 증명서류'도 제출
  - ⑤ (해당시) 기초생활수급과, 차상위 계층 확인서
- 치료 전 검사 / 치료 완료 후 설문
  - 사전검사 (보건소)
    - (공동) 일반혈액(CBC); 신기능 검사(Bun/Cr), 간기능 검사(LFT)
    - ※ 보건소 방문 전 온라인으로 서울시 임신출산정보센터에서 신청 가능
  - (남자) 정액검사 (지정 의료기관)
  - (여자) AMH 검사
  - ※ AMH검사, 정액검사는 임신 사전건강관리 지원사업 신청(☎보건소 <https://www.health.go.kr>) 시 검사비용 지원 가능
  - ※ 검사 후 결과지를 사업 담당자 이메일([\\_\\_\\_\\_\\_@seoul.go.kr](mailto:_____@seoul.go.kr))로 제출
  - ※ 최종 대상자로 선정시 결과지 원본은 결정통지서 수령을 위한 보건소 방문시 제출
- 사후 설문지 (보건소): 치료 종료 후 2주 이내
  - (공동) 사후 설문 및 만족도 설문 조사

- 참여자 준수사항
  - 보건소의 지원 결정통지서를 지정 한의원에 제출한 이후에만 치료 시작 가능
  - 한의약 난임 치료는 최소 1개월 이상, 최대 3개월 이내로 지원
  - ※ 협약 치료 종료후에는 약 2개월간의 경과관찰이 있으며, 이에 성실히 협조해야 함
  - 치료 시작 전 지정된 사전 필수 검사를 시행하고 결과를 보건소에 제출해야 함
  - 최소 1개월 이상 한의치료를 받은 후, 의과치료를 순차적으로 연계하여 진행 가능
  - 이 경우 치료 간에는 최소 7일 이상의 간격을 두는 것을 권장하며, 의과 시술 종료 후에는 기존 한의원에서 치료를 재개할 수 있음
  - ※ 단, 한의 치료와 의과 시술은 동일 시점에 병행할 수 없음
  - ※ 또한, 치료 중 의과 난임 지원 시술을 병행할 경우 본 사업의 지원이 불가하며(또는 환수 처리되며) 이에 대해 사전 동의한 경우에만 참여 가능
  - 의과 시술 병행 또는 재진입 시, 반드시 한의사와 상담하고 치료내용과 결과 공유
  - 치료종료 또는 중단(에: 임신 등) 후 가능한 신속하게 임신 여부를 지정 한의원 또는 보건소에 알리고, 임신이 확인되면 임신 확인서나 초음파 소경사 등 증빙 자료 제출
  - 연발 보건소 일괄 조사 시에도 임신 여부 확인에 협조하고, 요청 시 관련 서류를 제출해야 함
  - 사업 기간 중 보건소 및 한의원에서 실시하는 교육, 상담, 설문조사에 적극 참여해야 함
- 서울 시내 한의약 난임치료 지정 한의원 중 자를 선택 가능
  - ※ 지정 의료기관 확인: 서울시 임신출산정보센터(<https://seoul-agi.seoul.go.kr>)에서 확인 가능
- 문의처: ○○○○과 ○○○○팀(☎02-0000-0000)

- 사후 설문지 (보건소): 치료 종료 후 2주 이내
  - (공동) 사후 설문 및 만족도 설문 조사

- 검사결과 확인: 일주일 이내 공공보건포털 <https://www.e-health.go.kr> 에서 확인
- 참여자 준수사항
  - 지원 결정통지서 발급 이후 치료 시작 가능
  - 치료 중 개인사유로 1개월 이상 치료 중단 시 그 시점기준 치료 종료함
  - 치료 중 임신 성공 시 치료 종료함
  - 3개월 협약치료에 적극 참여하고 종료 후 임신여부를 통보(임신증빙 서류 제출)
  - 치료 중단 시에는(임신, 기타사유) 보건소 및 한의원에 반드시 통보
  - 치료 전과 치료 완료 후 지정 검사를 실시하고, 결과지 보건소에 제출
  - 보건소와 한의원에서 실시하는 교육, 상담, 설문조사에 적극 참여
- 서울시내 한의약 난임치료 지정한의원 중 자를 선택 가능
  - ※ 지정 의료기관은 서울시 임신출산정보센터(<https://seoul-agi.seoul.go.kr>) 링크
- 문의: ○○○○과 ○○○○팀(☎02-0000-0000)

- 검사 결과 제출: 보건소 담당자(02-0000-0000)와 전화상담 후 방문 일정 제출
- 검사 시간: 월~금요일 (09:00~11:00, 13:00~15:00)
- 사전검사는 검사 전 금식 8시간 필수
- 검사 결과 확인: 공공보건포털 <https://www.e-health.go.kr> 일주일 이내 확인
- 참여자 준수사항
  - 보건소의 지원 결정통지서를 지정 한의원에 제출한 이후에만 치료 시작 가능
  - 한의약 난임 치료는 최소 1개월 이상, 최대 3개월 이내로 지원
  - ※ 협약 치료 종료후에는 약 2개월간의 경과관찰이 있으며, 이에 성실히 협조해야 함
  - 치료 시작 전 지정된 사전 필수 검사를 시행하고 결과를 보건소에 제출해야 함
  - 최소 1개월 이상 한의치료를 받은 후, 의과치료를 순차적으로 연계하여 진행 가능
  - 이 경우 치료 간에는 최소 7일 이상의 간격을 두는 것을 권장하며, 의과 시술 종료 후에는 기존 한의원에서 치료를 재개할 수 있음
  - ※ 단, 한의 치료와 의과 시술은 동일 시점에 병행할 수 없음
  - ※ 또한, 치료 중 의과 난임 지원 시술을 병행할 경우 본 사업의 지원이 불가하며(또는 환수 처리되며) 이에 대해 사전 동의한 경우에만 참여 가능
  - 의과 시술 병행 또는 재진입 시, 반드시 한의사와 상담하고 치료내용과 결과 공유
  - 치료종료 또는 중단(에: 임신 등) 후 가능한 신속하게 임신 여부를 지정 한의원 또는 보건소에 알리고, 임신이 확인되면 임신 확인서나 초음파 소경사 등 증빙 자료 제출
  - 연발 보건소 일괄 조사 시에도 임신 여부 확인에 협조하고, 요청 시 관련 서류를 제출해야 함
  - 사업 기간 중 보건소 및 한의원에서 실시하는 교육, 상담, 설문조사에 적극 참여해야 함
- 서울 시내 한의약 난임치료 지정 한의원 중 자를 선택 가능
  - ※ 지정 의료기관 확인: 서울시 임신출산정보센터(<https://seoul-agi.seoul.go.kr>)에서 확인 가능
- 문의처: ○○○○과 ○○○○팀(☎02-0000-0000)

- 최소 1개월 참여 필수
- 의과 난임시술 순차적 병행
- AMH, 정액검사 임신사전건강관리사업 지원
- 공통 검사 항목은 보건소 재량으로 지원
- 사후 설문 및 만족도

**대상자용 안내문**

- 지원내용
- 사전 검사
- 사후 검사 삭제
- 참여자 준수사항

- 남녀임신지원사업으로 검사비용 무료
- CBC, 신기능, 간기능, 만족도



개인정보 제공 및 사업참여 동의

### 한의학 난임치료 지원사업 개인정보 제공 및 사업참여 동의서

서울시 한의약 난임치료 지원사업 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제25조의 규정에 따라 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

가. 개인정보 제공받는 기관: 보건복지부, 서울시 보건소 및 지정 한의원, 서울시에서 사업 위탁한 기관

나. 개인정보 수집 이용 목적

- 한의약 난임치료 지원 대상자 선정 및 관리
- 보건소 전산 시스템을 통한 난임시술비지원 이력확인, 전후 임상경사 시 활용
- 한의약 난임치료 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과추출 및 정책제안 기초연구자료로 활용
- 한의약 난임치료 지원사업이 타사업과 연계될 경우 활용

다. 개인정보 수집 항목 및 동의내용

- 난임부부: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자메일주소, 사회보장현황, 신청서 및 제출서류 확인 내용, 출생아 정보, 사진 및 사후 검사결과, 난임 관련 타 사업 신청 시 제출한 진단서, 제출된 진단서 및 검사결과지 등

라. 개인정보의 보유 및 이용 기간

- 보건복지부, 서울시 보건소에서 사업대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용: 5년

마. 개인정보 수집 동의 거부

- 신청인은 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

<input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
<input type="checkbox"/> 교육식별정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
<input type="checkbox"/> 민감정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
<input type="checkbox"/> 업무위탁에 따른 개인정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 「2024년도 서울시 한의약 난임치료 지원사업」 과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다. 또한 본인은 한의약 난임 치료에 대한 성격, 목적, 기간, 본인이 해야 할 일과 본인의 건강과 관련하여 어떤 불편함이나 비합리하지 못한 결과가 발생할 수도 있다는 사실에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다. 또한 본 치료에 동의한 후에라도 언제든지 이를 철회할 수 있음을 확인하였습니다.

본인은 치료기간동안 주어지는 지침을 따르고 충실히 협력하여 본인의 건강에 어떤 변화가 있거나 예상하지 않았던 증상들이 나타나는 경우 즉시 한의원 및 보건소에 알리는 것에 동의하며, 아래에 서명함으로써 자유로운 의사에 따라 본 치료에 참가하고자 합니다.

20\_\_년\_\_월\_\_일

동의자 성명 (인)

성명 (인)

### 한의학 난임치료 지원사업 개인정보 제공 동의서

서울시 한의약 난임치료 지원사업 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제25조의 규정에 따라 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

가. 개인정보 제공받는 기관: 보건복지부, 서울시 보건소 및 지정 한의원, 서울시에서 사업 위탁한 기관

나. 개인정보 수집 이용 목적

- 한의약 난임치료 지원 대상자 선정 및 관리
- 보건소 전산 시스템을 통한 난임시술비지원 이력확인, 전후 임상경사 시 활용
- 한의약 난임치료 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과추출 및 정책제안 기초연구자료로 활용
- 한의약 난임치료 지원사업이 타사업과 연계될 경우 활용
- 서울시 또는 보건소가 운영하는 타 보건사업에 고위험임산부, 출산지원 등에 제출된 임신 관련 서류(임신확인서, 초음파소견서 등)를 통해 임신 여부를 확인하고, 본 사업의 추적조사 및 통계 분석에 활용

다. 개인정보 수집 항목 및 동의내용

- 난임부부: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자메일주소, 사회보장현황, 신청서 및 제출서류 확인 내용, 출생아 정보, 사진 및 사후 검사결과, 난임 관련 타 사업 신청 시 제출한 진단서 및 검사결과지 등
- 타 보건사업 참여 시 제출된 임신 관련 자료(임신확인서, 초음파소견서 등), 행정정보공동이용을 통해 확인된 임신 관련 정보 등

라. 개인정보의 보유 및 이용 기간

- 보건복지부, 서울시 보건소에서 사업대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용: 5년

마. 개인정보 수집 동의 거부

- 신청인은 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

<input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
<input type="checkbox"/> 교육식별정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
<input type="checkbox"/> 민감정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
<input type="checkbox"/> 업무위탁에 따른 개인정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 「20\_\_년도 서울시 한의약 난임치료 지원사업」 과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20\_\_년\_\_월\_\_일

동의자 성명 (인)

성명 (인)

### 서울시 한의약 난임치료 참여 동의서

본인은 본인이 참여할 한의약 난임 치료사업의 성격, 목적, 내용, 기간, 참여자의 역할 및 의무사항과 본인의 건강과 관련하여 어떤 불편함이나 비합리하지 못한 결과가 발생할 수도 있다는 사실에 대해 지정 한의의료기관으로부터 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다. 또한 본 동의는 **자발적인 것이며, 원할 경우 언제든지 동의를 철회할 수 있음과 치료 중 이상반응 발생시 적절한 의료 조치를 받을 수 있음**을 확인하였습니다.

본인은 치료기간 동안 주어지는 지침을 성실히 따르고 충실히 협력하여 본인의 건강에 어떤 변화가 있거나, 예상하지 않았던 증상들이 나타나는 경우 즉시 한의원 및 보건소에 알리는 것에 동의하며, 임신 여부 및 치료 결과에 대한 후속 추적조사에도 적극 참여할 것을 약속하며 아래에 서명함으로써 자유로운 의사에 따라 본 치료에 참가하고자 합니다.

20\_\_년\_\_월\_\_일

주소: \_\_\_\_\_

연락처: \_\_\_\_\_

치료 대상자 성명: \_\_\_\_\_ (서명) 서명일: 20\_\_년\_\_월\_\_일

아래에 서명한 본인은 본 한방 치료의 개요와 한방 치료의 유효성 및 안전성과 발생할 수 있는 부작용에 대해 환자 또는 보호자에게 충분히 설명하였음을 확인합니다.

차료자 성명: \_\_\_\_\_ (서명) 서명일: 20\_\_년\_\_월\_\_일

-개인정보 제공 동의서와 사업참여 동의서 분리  
-개인정보 수집 항목 및 동의내용

· 타 보건사업 참여 시 제출된 임신 관련 자료  
· 행정정보공동이용망 임신 관련 정보

<p>한의원 지정조건 및 유의사항</p>	<p style="text-align: center;"><b>서울시 한의약 난임치료 기관 지정조건 및 유의사항</b></p> <p>① 서울시에서 제공하는 한의약 난임치료 지원사업 지침을 준수(표준처방 준수)하고 서울시에서 제공하는 양식을 사용할 것</p> <p>② 한의약 난임치료 전 원인에 대한 철저한 확인 및 진료를 통해 내실 있는 치료가 이루어지도록 할 것</p> <p>③ 한의약 난임치료 지원결정 통지서를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 감소시키지 않을 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반환자에 비해 어떤 차별대우도 하지 않을 것</li> <li>- 한의약 난임치료 지원사업에 대한 환자의 질문에 성실히 상담해줄 것</li> </ul> <p>④ 서울시 한의약 난임치료 지원 난임 환자 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지 말 것</p> <p>⑤ 정기적으로 시행할 정도관리와 질관리 모니터링에 협조할 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정기적, 비정기적 결과 보고에 성실하게 임할 것</li> <li>- 정기적, 비정기적 사후관리 결과와 연령대별, 환자 조건별 임신율 등은 필요시 일부 제한적 공개도 가능</li> </ul> <p>⑥ 치료확인서 및 치료비 청구서 작성시 누락·부정항목이 발생하지 않도록 성실히 기재할 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료 후 임신성공 여부를 확인하여 치료확인서에 기재 (확인시기: 치료완료후 2개월 이내)</li> <li>- 임신성공자의 임신 지속을 확인(임신후 최소 3개월이후 확인) 후 해당 보건소에 보고</li> </ul> <p>⑦ 주소이전, 명칭변경, 대표자 변경 등 변경사항이 발생한 경우 반드시 소재지 자치구 보건소에 통보할 것</p> <p>⑧ 지정조건 및 유의사항 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 경우 지정기관에서 제외될 수 있음</p> <p>⑨ 기타 서울시 사업의 변동시도, 시술비 청구 및 지정조건을 준수할 것</p>	<p style="text-align: center;"><b>서울시 한의약 난임치료 기관 지정 조건 및 유의사항</b></p> <p>① 서울시에서 제공하는 한의약 난임치료 지원사업 지침을 준수(표준처방 준수)하고 서울시에서 제공하는 양식을 사용할 것</p> <p>② 한의약 난임치료 전 원인에 대한 철저한 확인 및 진료를 통해 내실 있는 치료가 이루어지도록 할 것</p> <p>③ 한의약 난임치료 지원결정 통지서를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 감소시키지 않을 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 일반환자에 비해 어떤 차별 대우도 하지 않을 것</li> <li>- 한의약 난임치료 지원사업에 대한 환자의 질문에 성실히 상담해줄 것</li> </ul> <p>④ 서울시 한의약 난임치료 지원 난임 환자 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지 말 것</p> <p>⑤ 정기적으로 시행할 정도관리와 질관리 모니터링에 협조할 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정기적, 비정기적 결과 보고에 성실하게 임할 것</li> <li>- 정기적, 비정기적 사후관리 결과와 연령대별, 환자 조건별 임신율 등은 필요시 일부 제한적 공개도 가능</li> </ul> <p>⑥ 치료확인서 및 치료비 청구서 작성 시 누락·부정항목이 발생하지 않도록 성실히 기재할 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료 후 임신 성공 여부를 확인하여 치료확인서에 기재 (확인 시기: 치료 완료 후 2개월 이내)</li> <li>- 임신성공자의 임신 지속을 확인(임신 후 최소 3개월 이후 확인) 후 해당 보건소에 보고</li> </ul> <p>⑦ 주소이전, 명칭 변경, 대표자 변경 등 변경사항 발생 시 반드시 소재지 자치구 보건소에 통보할 것</p> <p>⑧ 지정조건 및 유의사항 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 시 지정기관에서 제외될 수 있음</p>
<p>-확인 시기</p>	<p>·2개월</p>	<p>·3개월</p>
<p>참여 의료기관 지정서</p>	<p style="text-align: center;">20...호</p> <p style="text-align: center;"><b>서울시 한의약 난임치료 지원사업 참여 의료기관 지정서</b></p> <p>○ 기관의 명칭 :</p> <p>○ 기관의 소재지 :</p> <p>○ 기관의 장 성명 :</p> <p>「모자보건법」 제11조 및 서울특별시 한의약 육성을 위한 조례 제8조에 따라 추진하는 서울시 한의약 난임치료 지원사업의 참여 의료기관으로 지정합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">000구 보건소장</p>	<p style="text-align: center;">20...호</p> <p style="text-align: center;"><b>서울시 한의약 난임치료 지원사업 참여 의료기관 지정 통보서</b></p> <p>○ 기관의 명칭 :</p> <p>○ 기관의 소재지 :</p> <p>○ 기관의 장 성명 :</p> <p>「모자보건법」 제11조 및 서울특별시 한의약 육성을 위한 조례 제8조에 따라 추진하는 서울시 한의약 난임치료 지원사업의 참여 의료기관으로 지정합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">000구 보건소장</p>
<p>-명칭 변경</p>	<p>·지정서</p>	<p>·지정 통보서</p>

참여 의료기관 지정서

-명칭 변경

<p>대상자 선정 기준</p>	<p>◆ 대상자 선정 피외 기준 1</p> <p>&lt; 확인 서류 &gt; 신청서, 진단서, 사전 자가 선별결과결과, 사전검사 결과지 등</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>여성 연령 만 44세 초과</li> <li>조기난소부전(Premature Ovarian Failure, POF)으로 인한 조기폐경 소견</li> <li>*AMH 수치가 낮은 경우, 시업지원단에 지문을 통해 지원여부 결정</li> <li>확산장애를 유발할 수 있는 상태의 자궁내막유착 및 자궁기형이 있는 경우</li> <li>남성요인 난임(도관정지 폐쇄, 정자수 5백만/ml 이하, 성기능 장애로 자연임신 불가)인 경우</li> <li>양측 난관폐색으로 인한 난임인 경우</li> <li>월경주기가 21일 미만 40일 이상으로 불규칙한 경우</li> <li>배란유도제, 보조생식술(인공수정, 시험관술) 등 의학 시술을 받는 도중인 경우</li> <li>진상질환으로 1년 이상 약물을 복용하고 있는 환자</li> <li>과거 5년 이내에 임의 과거력이 있는자</li> <li>조현병, 우울증 등의 질환으로 신경정신과 치료를 받은 병력이 있거나 치료 중인 경우</li> <li>기타 본 사업에 부적당하다고 판단되는 경우</li> </ul>	<p>◆ 대상자 선정 제외 기준 1</p> <p>&lt;확인 서류&gt; 신청서, 난임 진단서, 사전 선별지 결과, 사전 필수 검사 결과지 등</p> <p>다음 중 하나 이상에 해당할 경우 지원 대상에서 제외됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>여성 연령 만 45세 초과</li> <li>조기난소부전(Premature Ovarian Failure, POF)으로 인한 조기 폐경 소견</li> <li>*AMH 수치가 낮은 경우, 시업지원단에 지문을 통해 지원 여부 결정</li> <li>확산장애를 유발할 수 있는 상태의 자궁내막유착 및 자궁기형이 있는 경우</li> <li>남성요인 난임(도관정지 폐쇄, 정자수 5백만/ml 이하, 성기능 장애로 자연임신 불가)인 경우</li> <li>양측 난관폐색으로 인한 난임인 경우</li> <li>진상질환으로 1년 이상 약물을 복용하고 있는 환자</li> <li>과거 5년 이내에 임의 과거력이 있는 자</li> <li>신경과적 또는 정신학적으로 중요한 병력이 있거나 치료 중인 경우</li> <li>현재 국가 또는 지자체 난임지원사업을 통한 의학 시술을 받고 있는 경우</li> <li>단, 의과 사술 종료 후 한의 치료 진입 가능</li> <li>기타 본 사업 목적에 부합하지 않는다고 판단되는 경우 (선정위원회 검토에 따름)</li> </ul> <p>* 해당 기준은 치료 안전성과 지속 가능성을 판단하기 위한 일반적인 건강상태를 평가하기 위한 기준입니다.</p>																				
<p>-안내문구 추가</p>	<p>월경주기가 21 미만 40일 이상으로 불규칙한 경우</p>	<p>·삭제</p>																				
<p>-월경주기</p>	<p>·조현병, 우울증 등의 질환으로~</p>	<p>·신경과적 또는 정신학적으로 중요한~</p>																				
<p>-신경정신과</p>	<p>·난임시술을 받는 도중인 경우 제외</p>	<p>·난임시술 종료 후 한의치료 진입 가능</p>																				
<p>-난임시술중</p>	<p>◆ 서울시 한의약 난임치료 지원사업 흐름도</p> <table border="1" data-bbox="351 817 901 985"> <tr> <th>지원신청</th> <th>대상자 선정</th> <th>한의약 난임치료</th> <th>비용 청구</th> <th>비용 지급</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>지원 대상 적격 여부 자기점검</li> <li>서류구비</li> <li>온라인 또는 방문 신청</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>1차 대상자 선정</li> <li>최종 대상자 선정</li> <li>대상자 교육 및 사업설명</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>지원 결정 통지서, 관련 서류 한의원 제출</li> <li>한의약 난임치료 시행</li> <li>치료후 2주 이내(서류구비)</li> <li>치료 후 1~4주(1월 이내 치료결과(임신여부) 보고</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>치료종료(중단) 후 즉시 보건소에 종료일 보고</li> <li>치료결과 확인(사후검사, 임신여부)</li> <li>진료 확인서 및 청구서 제출(2주~2개월 이내)</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>서류확인</li> <li>지원금지급</li> <li>만료도 조사 (url)발송</li> </ul> </td> </tr> </table>	지원신청	대상자 선정	한의약 난임치료	비용 청구	비용 지급	<ul style="list-style-type: none"> <li>지원 대상 적격 여부 자기점검</li> <li>서류구비</li> <li>온라인 또는 방문 신청</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1차 대상자 선정</li> <li>최종 대상자 선정</li> <li>대상자 교육 및 사업설명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지원 결정 통지서, 관련 서류 한의원 제출</li> <li>한의약 난임치료 시행</li> <li>치료후 2주 이내(서류구비)</li> <li>치료 후 1~4주(1월 이내 치료결과(임신여부) 보고</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>치료종료(중단) 후 즉시 보건소에 종료일 보고</li> <li>치료결과 확인(사후검사, 임신여부)</li> <li>진료 확인서 및 청구서 제출(2주~2개월 이내)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>서류확인</li> <li>지원금지급</li> <li>만료도 조사 (url)발송</li> </ul>	<p>◆ 서울시 한의약 난임치료 지원사업 흐름도</p> <table border="1" data-bbox="933 817 1492 985"> <tr> <th>지원신청</th> <th>대상자 선정</th> <th>한의약 난임치료</th> <th>비용 청구</th> <th>비용 지급</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>온라인 또는 방문 신청</li> <li>필수 서류 구비</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>신청 서류 검토 후 지각 1차 확인</li> <li>최종 대상자 선정(문자 시 지부 협의제 지원)</li> <li>지원 결정 통지서 발송</li> <li>대상자 교육 및 사업 설명</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>통지서 확인 후 치료 시작</li> <li>최소 1개월~최대 3개월 치료 시행</li> <li>치료 중단 사유 발생 시 즉시 보건소 통보</li> <li>치료 종료 3개월 내 결과 기록 및 임신 여부 확인</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>치료 종료 또는 중단 3개월 내 결과 기록, 진료 확인서, 시술 설명서 제출</li> <li>임신 시 증명 서류 포함</li> <li>보건소로 청구서류 제출</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>서류 확인</li> <li>지원금 지급</li> <li>이력관리 및 미모교차는 연일 보건소 일괄 확인</li> <li>만료도 발송 (URL 발송)</li> <li>보건소 → 한의원, 대상자</li> </ul> </td> </tr> </table>	지원신청	대상자 선정	한의약 난임치료	비용 청구	비용 지급	<ul style="list-style-type: none"> <li>온라인 또는 방문 신청</li> <li>필수 서류 구비</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>신청 서류 검토 후 지각 1차 확인</li> <li>최종 대상자 선정(문자 시 지부 협의제 지원)</li> <li>지원 결정 통지서 발송</li> <li>대상자 교육 및 사업 설명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>통지서 확인 후 치료 시작</li> <li>최소 1개월~최대 3개월 치료 시행</li> <li>치료 중단 사유 발생 시 즉시 보건소 통보</li> <li>치료 종료 3개월 내 결과 기록 및 임신 여부 확인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>치료 종료 또는 중단 3개월 내 결과 기록, 진료 확인서, 시술 설명서 제출</li> <li>임신 시 증명 서류 포함</li> <li>보건소로 청구서류 제출</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>서류 확인</li> <li>지원금 지급</li> <li>이력관리 및 미모교차는 연일 보건소 일괄 확인</li> <li>만료도 발송 (URL 발송)</li> <li>보건소 → 한의원, 대상자</li> </ul>
지원신청	대상자 선정	한의약 난임치료	비용 청구	비용 지급																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>지원 대상 적격 여부 자기점검</li> <li>서류구비</li> <li>온라인 또는 방문 신청</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1차 대상자 선정</li> <li>최종 대상자 선정</li> <li>대상자 교육 및 사업설명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지원 결정 통지서, 관련 서류 한의원 제출</li> <li>한의약 난임치료 시행</li> <li>치료후 2주 이내(서류구비)</li> <li>치료 후 1~4주(1월 이내 치료결과(임신여부) 보고</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>치료종료(중단) 후 즉시 보건소에 종료일 보고</li> <li>치료결과 확인(사후검사, 임신여부)</li> <li>진료 확인서 및 청구서 제출(2주~2개월 이내)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>서류확인</li> <li>지원금지급</li> <li>만료도 조사 (url)발송</li> </ul>																		
지원신청	대상자 선정	한의약 난임치료	비용 청구	비용 지급																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>온라인 또는 방문 신청</li> <li>필수 서류 구비</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>신청 서류 검토 후 지각 1차 확인</li> <li>최종 대상자 선정(문자 시 지부 협의제 지원)</li> <li>지원 결정 통지서 발송</li> <li>대상자 교육 및 사업 설명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>통지서 확인 후 치료 시작</li> <li>최소 1개월~최대 3개월 치료 시행</li> <li>치료 중단 사유 발생 시 즉시 보건소 통보</li> <li>치료 종료 3개월 내 결과 기록 및 임신 여부 확인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>치료 종료 또는 중단 3개월 내 결과 기록, 진료 확인서, 시술 설명서 제출</li> <li>임신 시 증명 서류 포함</li> <li>보건소로 청구서류 제출</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>서류 확인</li> <li>지원금 지급</li> <li>이력관리 및 미모교차는 연일 보건소 일괄 확인</li> <li>만료도 발송 (URL 발송)</li> <li>보건소 → 한의원, 대상자</li> </ul>																		
<p>흐름도</p>	<p>보건소 - 한의원 정보공유</p>	<p>한의원 난임치료 사업 대상자 설문지(사전) &lt;여성&gt;</p> <p>이 설문지는 서울시 한의약 난임치료지원사업을 위한 사전 설문지로 해당 목적 외에는 사용되지 않으므로 정확히 기재해 주시기 바랍니다.</p> <table border="1" data-bbox="941 1164 1484 1220"> <tr> <th>성명</th> <th>생년월일</th> <th>부부 공동 치료시 배우자명</th> <th>자치구명</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	성명	생년월일	부부 공동 치료시 배우자명	자치구명																
성명	생년월일	부부 공동 치료시 배우자명	자치구명																			
<p>사전 설문지 추가</p>	<p>없음</p>	<p>일반정보</p> <p>생년월일</p> <p>직업</p> <p>신체정보</p> <p>키: cm, 몸무게: kg</p> <p>생활 습관</p> <p>커피 등 카페인음료</p> <p>음주</p> <p>흡연</p> <p>운동</p> <p>질병 및 수술력</p> <p>본태 질환</p> <p>과거 질병 및 수술력</p>																				

	없음
--	----

결혼기간 및 산과력					
결혼 기간	개월	임신 시도 기간	개월	피임 기간	개월
성생활 빈도	회/월	피임방법	<input type="checkbox"/> 경구피임제 <input type="checkbox"/> 콘돔 <input type="checkbox"/> 질외사정 <input type="checkbox"/> 자연주기법 (배란일 피하기) <input type="checkbox"/> 자궁 내 피임장치 (IUD, 루프 등) <input type="checkbox"/> 임플란트 (피하이식 피임제) <input type="checkbox"/> 피임 주사 <input type="checkbox"/> 난관 결찰술 <input type="checkbox"/> 경관 수술 <input type="checkbox"/> 음급 피임약 <input type="checkbox"/> 기타 ( )		
산과력	만삭 분만 횟수		출산력	출산 시기	출산시 임신 방법
	조산 횟수			년 월	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 제외수정
	유산 횟수			년 월	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 제외수정
	현재 생존자녀수			년 월	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 제외수정
유산력	<input type="checkbox"/> 자연유산 ( )회 <input type="checkbox"/> 인공유산 ( )회				

	없음
--	----

난임 진단 및 치료 정보					
난임 진단	기관명	시기	년	월	
난임 유형	<input type="checkbox"/> 원발성 난임 (출산한 적 없음)		<input type="checkbox"/> 속발성 난임		
난임 원인	<input type="checkbox"/> 원인 불명 <input type="checkbox"/> 배란 요인 <input type="checkbox"/> 난관 · 복강 요인 <input type="checkbox"/> 자궁 요인 <input type="checkbox"/> 난임성 요인 <input type="checkbox"/> 난소 기능 저하 <input type="checkbox"/> 기타:				
난임 검사 결과 (마를 표기 기준)	초음파 검사	<input type="checkbox"/> 이상 없음 <input type="checkbox"/> 자궁근종 ( . cm) <input type="checkbox"/> 자궁선근증 ( . cm) <input type="checkbox"/> 산소물혹 ( . cm) <input type="checkbox"/> 미시형			
	호르몬 검사	<input type="checkbox"/> 이상 없음 <input type="checkbox"/> AMH ( . ) <input type="checkbox"/> LH ( . ) <input type="checkbox"/> FSH ( . ) <input type="checkbox"/> E2 ( . ) <input type="checkbox"/> 미시형			
	난관 조영술 여부	<input type="checkbox"/> 양쪽 개통 <input type="checkbox"/> 한쪽 폐쇄 <input type="checkbox"/> 양쪽 폐쇄 <input type="checkbox"/> 미시형			
양방 난임 치료력	배란 유도	출 . 회	<input type="checkbox"/> 성공 ( )회 <input type="checkbox"/> 유산 ( )회	<input type="checkbox"/> 임신 ( )회 <input type="checkbox"/> 출산 ( )회	
	인공수정	출 . 회	<input type="checkbox"/> 성공 ( )회 <input type="checkbox"/> 유산 ( )회	<input type="checkbox"/> 임신 ( )회 <input type="checkbox"/> 출산 ( )회	
	제외수정	출 . 회	<input type="checkbox"/> 성공 ( )회 <input type="checkbox"/> 유산 ( )회	<input type="checkbox"/> 임신 ( )회 <input type="checkbox"/> 출산 ( )회	

	없음
--	----

월경력 및 대하력 정보 사전				
월경력	월경주기 규칙성	<input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적	평균 월경주기 ( )일	
	평균 월경 지속 기간	평균 ( )일	월경 중 덩어리 유무	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음
	월경색	<input type="checkbox"/> 연한 붉은색 <input type="checkbox"/> 선명한 붉은색 <input type="checkbox"/> 진한 붉은색	월경통 유무	<input type="checkbox"/> 통증 없음 <input type="checkbox"/> 통증 있음 <input type="checkbox"/> 10-10점 중 ( )점
월경전증후군	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 붓는다 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 유방 통증 <input type="checkbox"/> 배에 가스 참 <input type="checkbox"/> 머드름 <input type="checkbox"/> 잦은 지름 <input type="checkbox"/> 식욕 증가 <input type="checkbox"/> 기타 ( )		
배란일 증상	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 경관 점액 변화 <input type="checkbox"/> 끝난 통증 <input type="checkbox"/> 허복부 통증 <input type="checkbox"/> 오심/구역		
대하	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	양	<input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음	
		색	<input type="checkbox"/> 투명함 <input type="checkbox"/> 하얀색 <input type="checkbox"/> 옅은 노란색 <input type="checkbox"/> 진한 노란색	
성교통	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	냄새	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	

없음	다음은 최근 1~3개월간의 건강 상태에 대한 질문입니다. 각 항목에 대해, 본인의 건강 상태가 어느 정도로 느껴졌는지 아래 척도 중 하나를 선택해주세요.																																																												
	<table border="1"> <tr> <td>증상</td> <td>매우 높았음</td> <td>높았음</td> <td>보통</td> <td>낮았음</td> <td>매우 낮았음</td> </tr> <tr> <td>음식을 섭취 후 불편감, 더부룩함, 소화불량 등이 얼마나 있었나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>장르는 더 어려움, 자주 깨는 문제 등 수면의 질은 어땠나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>대변의 빈도나 성상(색상, 변비 등)은 어땠나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>소변을 자주 보거나, 불편한 느낌이 있었나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>최근 성생활에 대한 만족도는 어땠나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>일상에서의 에너지 수준이나, 생기 정도는 어땠나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>일상에서, 피로를 자주 느꼈나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>불안감, 긴장감, 예민함 등은 얼마나 느꼈나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> <tr> <td>손발이 차가운 증상은 어느 정도 있었나요?</td> <td>①</td> <td>②</td> <td>③</td> <td>④</td> <td>⑤</td> </tr> </table>	증상	매우 높았음	높았음	보통	낮았음	매우 낮았음	음식을 섭취 후 불편감, 더부룩함, 소화불량 등이 얼마나 있었나요?	①	②	③	④	⑤	장르는 더 어려움, 자주 깨는 문제 등 수면의 질은 어땠나요?	①	②	③	④	⑤	대변의 빈도나 성상(색상, 변비 등)은 어땠나요?	①	②	③	④	⑤	소변을 자주 보거나, 불편한 느낌이 있었나요?	①	②	③	④	⑤	최근 성생활에 대한 만족도는 어땠나요?	①	②	③	④	⑤	일상에서의 에너지 수준이나, 생기 정도는 어땠나요?	①	②	③	④	⑤	일상에서, 피로를 자주 느꼈나요?	①	②	③	④	⑤	불안감, 긴장감, 예민함 등은 얼마나 느꼈나요?	①	②	③	④	⑤	손발이 차가운 증상은 어느 정도 있었나요?	①	②	③	④	⑤
	증상	매우 높았음	높았음	보통	낮았음	매우 낮았음																																																							
	음식을 섭취 후 불편감, 더부룩함, 소화불량 등이 얼마나 있었나요?	①	②	③	④	⑤																																																							
	장르는 더 어려움, 자주 깨는 문제 등 수면의 질은 어땠나요?	①	②	③	④	⑤																																																							
	대변의 빈도나 성상(색상, 변비 등)은 어땠나요?	①	②	③	④	⑤																																																							
	소변을 자주 보거나, 불편한 느낌이 있었나요?	①	②	③	④	⑤																																																							
	최근 성생활에 대한 만족도는 어땠나요?	①	②	③	④	⑤																																																							
	일상에서의 에너지 수준이나, 생기 정도는 어땠나요?	①	②	③	④	⑤																																																							
	일상에서, 피로를 자주 느꼈나요?	①	②	③	④	⑤																																																							
불안감, 긴장감, 예민함 등은 얼마나 느꼈나요?	①	②	③	④	⑤																																																								
손발이 차가운 증상은 어느 정도 있었나요?	①	②	③	④	⑤																																																								
작성일자	작성자	(인)																																																											

없음	<p><b>한의학 난임치료 사업 대상자 설문지(사전) &lt;남성8&gt;</b></p> <p>이 설문지는, 서울시한의학 난임치료사업을 위한, 사후, 설문지로 해당 목적 외에는 사용되지 않으므로, 정확한 기재해 주시기 바랍니다.</p> <table border="1"> <tr> <td>성명</td> <td>생년월일</td> <td>부부 공동 치료시 배우자명</td> <td>자치구명</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	성명	생년월일	부부 공동 치료시 배우자명	자치구명				
	성명	생년월일	부부 공동 치료시 배우자명	자치구명					
	<b>일반정보</b>								
	생년월일								
	직업								
	신체정보	키: cm, 몸무게: kg							
	<b>생활 습관</b>								
	커피 등 카페인음료	평균 잔/일							
	음주	술 ( )병/회, 월 ( )회							
흡연	<input type="checkbox"/> 비흡연 <input type="checkbox"/> 금연 <input type="checkbox"/> 흡연 * 흡연인 경우 평균 ( )개피/일								
운동	<input type="checkbox"/> 운동인양 <input type="checkbox"/> 운동함 하루 평균 ( )시간/ 일주일 총 ( )시간								
<b>질병 및 수술력</b>									
현재 질병	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 ( )	복통 중 인양 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 ( )							
과거 질병 및 수술력	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 ( )								

없음	<b>결혼기간 및 산과력</b>							
	결혼기간	개월	임신시도 기간	개월	피임기간	개월		
	생년월일	회/월	피임방법					
	생년월일		출산시기	출산시 임신 방법				
	만삭 분만 횟수		출산력	년 월	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 제외수정			
	조산 횟수				년 월	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 제외수정		
	유산 횟수					년 월	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 제외수정	
	현재 생존 자녀수						년 월	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 제외수정
	유산력	<input type="checkbox"/> 자연유산 ( )회 <input type="checkbox"/> 인공유산 ( )회						

남임 진단 및 치료 정보	
남임 진단	기관명: . . . . . 시기: . . . . . 년 . . . . . 월 . . . . .
남임 유형	<input type="checkbox"/> 원발성 남임(출산한 적 없음) <input type="checkbox"/> 속발성 남임
남임 원인	<input type="checkbox"/> 원인 불명 <input type="checkbox"/> 배란요인 <input type="checkbox"/> 난관·복강요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 난소기능저하· <input type="checkbox"/> 기타
남임 검사 결과 (가장 최근 기준)	정액량 ( . . . ) * 참고치 하한 : 1.5ml
	정자수 ( . . . ) * 참고치 하한 : 39×10 <sup>6</sup> /ml
	정자운동성 ( . . . )% * 참고치 하한 : 40%
	정상정자 형태 ( . . . ) * 참고치 하한 : 4%
성기능 평가	성욕 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상
	발기력 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상
	사정 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상
양방 남임 치료력	배란유도 <u>출 회</u> <input type="checkbox"/> 실패 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 임신 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 유산 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 중산 ( . . )회
	인공수정 <u>출 회</u> <input type="checkbox"/> 실패 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 임신 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 유산 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 중산 ( . . )회
	체외수정 <u>출 회</u> <input type="checkbox"/> 실패 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 임신 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 유산 ( . . )회 <input type="checkbox"/> 중산 ( . . )회

성기능 관련 설문 (AMS 설문검사)	증상의 정도				
	1점 없음	2점 조금 있음	3점 보통	4점 심함	5점 매우 심함
1. 몸 상태가 안 좋아진 느낌이다 (일반적인 건강에 대한 주관적인 느낌)					
2. 관절과 근육이 아프다. (허리, 팔꿈치, 등이 아프거나 팔, 다리가 쭈신다.)					
3. 힘이 지나치게 많이 난다 (감자기 식은땀이 나거나 긴장하지 않아도 얼굴이 화끈거린다.)					
4. 수면장애가 있다 (잠들기 어렵거나 자다가 자주 깨거나, 아침에 알람 깨서 피곤하거나 깊은 잠을 못자거나 잠을 못 이룬다.)					
5. 수면시간이 불지만 그래도 피곤하다.					
6. 잘 졸려한다 (공격적이거나 사소한 일에 쉽게 화를 내거나, 변덕스럽다.)					
7. 신경이 과민하다 (긴장하거나, 들뜨거나, 조바심을 낸다.)					
8. 항상 불안하다 (현전공감한다)					
9. 신체적으로 기진맥진하고 활력이 떨어진다 (업무수행능력이 떨어지거나, 활동하지 못하거나, 여가활동에 무관심해지거나, 목표량을 달성하지 못하거나, 기력이 없어서 어떤 일을 하려고 해야 할 때는 느린 속도를 들면 어려울 때 할 때 문에, 직장에 억지로 나가는 느낌이다.)					
10. 근력이 저하되고 있다 (약화된 느낌이다)					
11. 기분이 우울하다 (기분이 가라앉거나, 울뜨거나, 눈물이 맺히거나, 의욕이 없거나, 감정의 변화가 심하거나, 아무 일도 없다고 느낀다.)					
12. 전성기가 지나버린 느낌이다					
13. 정서적으로 불안정한 느낌이다. (신체적, 정신적, 고갈된 상태로 부정적 태도와 무력감 및 절망 감 등을 겪고 있는 느낌이다.)					
14. 수면이 자라는 속도가 떨어진다					
15. 정력이 떨어지고 성생활 횟수도 줄고 있다					
16. 아침에 일어나는 횟수가 줄고 있다					
17. 성욕이 줄고 성적충족도 줄고 있다 (성생활의 즐거움이 없거나, 성생활을 하고 싶은 욕망이 없 어진다.)					

다음은 '최근 1~3개월간의 건강 상태에 대한 질문입니다. 각 항목에 대해, 본인의 건강 상태가 어느 정도로 느껴졌는지 아래 척도 중 하나를 선택해주세요.

증상	매우 좋음	좋음	보통	나쁨	매우 나쁨
음식을 섭취 후 불편감, 더부룩함, 소화불량 등이 얼마나 있었나요?	①	②	③	④	⑤
잠드는 데 어려움, 자주 깨는 문제 등 수면의 질은 어떨까요?	①	②	③	④	⑤
대변의 빈도나 색상(설사, 변비 등)은 어떨까요?	①	②	③	④	⑤
소변을 자주 보거나, 불편한 느낌이 있었나요?	①	②	③	④	⑤
발기 상태는 어떨까요?	①	②	③	④	⑤
최근 성생활에 대한 만족도는 어떨까요?	①	②	③	④	⑤
일상에서의 에너지, 수준이나 생기 정도는 어떨까요?	①	②	③	④	⑤
일상에서 피로를 자주 느꼈나요?	①	②	③	④	⑤
불안감, 긴장감, 예민함 등은 얼마나 느꼈나요?	①	②	③	④	⑤

작성일자: . . . . . 작성자: . . . . . (인)

진단 및 치료계획

진단 및 치료계획 <여성용>

성명	최초방문일(치료 시작일)	치료 유형
		<input type="checkbox"/> 단독 <input type="checkbox"/> 부부 공동 (배우자명: )

여성 난임 유형	임안분명 ( )	난임 검사 결과	초음파 검사 : 이상없음 ( ), 자궁근종 ( cm)
	배란유인 ( )		선근종 ( ), 난소낭종 ( cm)
난임 유형	난관·복막요인 ( )	난임 시술이력	자궁난관조영술 : 이상없음 ( ), 한쪽 막힘 ( )
	자궁내막요인 ( )		양쪽 막힘 ( ), 자궁내유착 ( )
기타 ( )			호르몬 검사 : 이상없음 ( ), AMH ( )

변종: 간혹형 ( ), 신형 ( ), 기형형 ( ), 습상형 ( ), 열어형 ( )

치료계획	한약 ( )	일 ( )	일 ( )	일 ( )
참	자립 경험 ( )	전립 경험 ( )	치료 횟수 : 주 ( )회	
됨	경험 ( )			
적외선·TIP	조사부위 ( ) / ( )	분간		
기타 치료				

진단 및 치료 계획 (여성용) 진료 한의사 작성

\* 본 항목은 보건소 제공 자료를 기반으로 한의사가 확인하고 치료 계획 수립을 위해 재기독함.

성명	생년월일	최초방문일 (치료시작일)	치료유형
			<input type="checkbox"/> 단독 <input type="checkbox"/> 부부 공동 (배우자명: )

난임 유형	<input type="checkbox"/> 원발성 난임 (출산 유산한 적 없음) <input type="checkbox"/> 속발성 난임 <input type="checkbox"/> 침입불임 <input type="checkbox"/> 배란유인 <input type="checkbox"/> 난관·복막요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 기타:
-------	--

초음파 검사	<input type="checkbox"/> 이상 없음 <input type="checkbox"/> 자궁근종 ( cm) <input type="checkbox"/> 자궁선근종 ( cm) <input type="checkbox"/> 난소낭종 ( cm) <input type="checkbox"/> 미시형
호르몬 검사	<input type="checkbox"/> 이상 없음 <input type="checkbox"/> AMH ( ) <input type="checkbox"/> LH ( ) <input type="checkbox"/> FSH ( ) <input type="checkbox"/> E2 ( ) <input type="checkbox"/> 미시형
난관조영술 여부	<input type="checkbox"/> 양쪽 개통 <input type="checkbox"/> 한쪽 폐쇄 <input type="checkbox"/> 양쪽 폐쇄 <input type="checkbox"/> 미시형

변종:  간혹형  신형  기형형  습상형  열어형

치료 계획	내원 예정 횟수	주 ( )회, 총 ( )회
	의과 시술 병행	<input type="checkbox"/> 계획 중 <input type="checkbox"/> 계획 없음
	한약	( ) 일, 1일 ( )회, 총 ( )일분
	참	<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 이침 치료 <input type="checkbox"/> 전침 치료 <input type="checkbox"/> 미시형
	됨	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시형
	적외선	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시형
	기타 치료	<input type="checkbox"/> 시행 ( ) <input type="checkbox"/> 미시형

진단 및 치료계획 <남성용>

성명	최초방문일(치료 시작일)	치료 유형
		<input type="checkbox"/> 단독 <input type="checkbox"/> 부부 공동 (배우자명: )

남성 난임 유형	정·상 ( )	정액검사 이상 ( )	정액량 ( ) 한한 : 1.5ml, 정자수 ( ) 한한 : 3910/μl
	정·상 ( )		정·상 ( ) 한한 : 40PR-NP %
남성 난임 유형	정·상 ( )	정·상 ( )	정·상 ( ) 한한 : 40PR-NP %
	정·상 ( )		정·상 ( ) 한한 : 40PR-NP %

변종: 간혹형 ( ), 신형 ( ), 기형형 ( ), 습상형 ( ), 열어형 ( )

치료계획	한약 ( )	일 ( )	일 ( )	일 ( )
참	자립 경험 ( )	전립 경험 ( )	치료 횟수 : 주 ( )회	
됨	경험 ( )			
적외선·TIP	조사부위 ( ) / ( )	분간		
기타 치료				

진단 및 치료 계획 (남성용) 진료 한의사 작성

\* 본 항목은 보건소 제공 자료를 기반으로 한의사가 확인하고 치료 계획 수립을 위해 재기독함.

성명	생년월일	최초방문일 (치료시작일)	치료유형
			<input type="checkbox"/> 단독 <input type="checkbox"/> 부부 공동 (배우자명: )

난임 유형	<input type="checkbox"/> 원발성 난임 (출산 유산한 적 없음) <input type="checkbox"/> 속발성 난임 <input type="checkbox"/> 침입불임 <input type="checkbox"/> 배란유인 <input type="checkbox"/> 난관·복막요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 기타:
-------	--

정액 검사 결과 (가장 최근 기준)	<input type="checkbox"/> 정액량 ( ) ml, 참고치 한한 : 1.5ml <input type="checkbox"/> 정자 농도 ( ) /ml, 참고치 한한 : 39(10 <sup>6</sup> /ml) <input type="checkbox"/> 정자 전방운동성 ( ) %, 참고치 한한 : 32(PR, %) <input type="checkbox"/> 정자 총운동성 ( ) %, 참고치 한한 : 40(PR+NP, %) <input type="checkbox"/> 정상 정자 형태 ( ) %, 참고치 한한 : 41NP, % <input type="checkbox"/> 미시형
---------------------	--

정기동 평가	정·상 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 정·상 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상 정·상 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 비정상
--------	--

변종:  간혹형  신형  기형형  습상형  열어형

치료 계획	내원 예정 횟수	주 ( )회, 총 ( )회
	의과 시술 병행	<input type="checkbox"/> 계획 중 <input type="checkbox"/> 계획 없음
	한약	( ) 일, 1일 ( )회, 총 ( )일분
	참	<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 이침 치료 <input type="checkbox"/> 전침 치료 <input type="checkbox"/> 미시형
	됨	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시형
	적외선	<input type="checkbox"/> 시행 <input type="checkbox"/> 미시형
	기타 치료	<input type="checkbox"/> 시행 ( ) <input type="checkbox"/> 미시형

- 형식 변경
- 내원 예정 횟수 추가
- 적외선
- (여성)호르몬 검사 항목
- 난관조영술 여부

- 조사부위, 시간
- AMH
- 이상없음, 양쪽 막힘, 한쪽 막힘, 자궁내유착

- 시행여부
- AMH, LH, FSH, E2
- 자궁내유착 삭제, 미시형 추가

경과관찰 기록지

**경과관찰 기록지** <여성용>

성명	생년월일	치료 시작일	치료 유형	치료 결과		지원 보전소
				임상 여부	확인일	
<input type="checkbox"/> 여성 단독 <input type="checkbox"/> 부부 공동(배우자명: )						

※ 치료시작 후 2주 간격으로 진료 및 혈액 재검사 작성  
 ※ 집중치료 (2개월): (환수원) 약 15일분 (868회) / (선박) 진료료 1-2주당 1회  
 ※ 경과관찰 (2개월): (선박) 진료료 1-2주당 1회

연번	방문일	차량명	치료순응도		미대여 월래 시작일	진료서 특이사항
			목적 (복용백수/조제백수)	경구 (치료시행여부/개회치료 횟수)		
1	20		/	/		
2	20		/	/		
3	20		/	/		
4	20		/	/		
5	20		/	/		
6	20		/	/		

**경과관찰 기록지** <남성용>

성명	생년월일	치료 시작일	치료 유형	치료 결과		지원 보전소
				임상 여부	확인일	
<input type="checkbox"/> 남성 단독 <input type="checkbox"/> 부부 공동(배우자명: )						

※ 치료시작 후 2주 간격으로 진료 및 혈액 재검사 작성  
 ※ 집중치료 (2개월): (환수원) 약 15일분 (868회) / (선박) 진료료 1-2주당 1회  
 ※ 경과관찰 (2개월): (선박) 진료료 1-2주당 1회

연번	방문일	치료순응도		비고
		목적 (복용백수/조제백수)	경구 (치료시행여부/개회치료 횟수)	
1	20	/	/	
2	20	/	/	
3	20	/	/	
4	20	/	/	
5	20	/	/	
6	20	/	/	

- 여성용 남성용 통합
- 복용일
- 침구 치료순응도

·여성용과 남성용 구분

침구치료기록지 신설

없음

**투약 관찰 기록지\_진료 한의사 작성**

1장부 13\_말의현\_2019년\_제1회\_1

성명	생년월일	치료 시작일	치료유형	지원보전소
<input type="checkbox"/> 단독 <input type="checkbox"/> 부부 공동 (배우자명: )				

연번	방문일	복용시작일	복용종료일	차량명	치료순응도 (복용백수/조제백수)	미대여 월래 시작일	진료서 특이사항
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

※ 경과기록지의 출입명 작성 의무는 대상자 관리의 정확성과 사업 효과 향상에 중요한 자료가 되며, 환부 본 사업 참여기관 선정 시 참고자료로 활용될 수 있습니다.

- 투약관찰 기록지로 명칭 변경, 통합
- 복용 시작일/종료일 추가
- 별도 기록지로 개정

**침구 치료 기록지\_진료 한의사 작성**

성명	생년월일
----	------

연번	방문일	시술 내용	특이사항
1		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
2		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
3		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
4		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
5		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
6		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
7		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
8		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
9		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
10		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
11		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	
12		<input type="checkbox"/> 침치료 <input type="checkbox"/> 전침치료 <input type="checkbox"/> 약침치료 <input type="checkbox"/> 뜸 <input type="checkbox"/> 격리선 <input type="checkbox"/> 흉나치료 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	

의과 난임시술 기록지 신설

없음

의과 난임 시술 기록지 진료 한의사 작성

성명	생년월일	치료 시작일	치료유형	치료 결과	
				임신 여부	확진일
			<input type="checkbox"/> 인공 <input type="checkbox"/> 부부 공동 (배우자명: )		

※ 한의 진료 중 의과 난임 시술이 진행된 경우 이 기록지를 작성하며, 시술 이후 다시 한의 진료를 재개한 경우에도 이어서 기록해 주시기 바랍니다.

연번	의과 시술 종류	시술 일자	난자 채취일	배아이식일 (확산일)	임신 여부	의료기관명
1	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	
2	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	
3	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	
4	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	
5	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	
6	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	
7	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	
8	<input type="checkbox"/> 배란 유도 <input type="checkbox"/> 인공수정 <input type="checkbox"/> 시술관시술 <input type="checkbox"/> 기타( )				<input type="checkbox"/> 성공 <input type="checkbox"/> 실패	

이상반응 보고서

환자	성명	생년월일				
혈액 검사	시행일	ALP	AST	ALT	T-bill	
	사전검사					
	사후검사					
약물	재검사					
	1차	2차	3차	4차	5차	
	처방명					
	처방구성					
	처방시행일					
이상 반응	처방일수					
	증상					
	발현시점					
환자상태	자연회복 / 처치 후 회복 / 현재 진행중 / 처방정 준수 / 무름					
약물 연관성 여부	있음 / 없음 / 알 수 없음					
보고자	성명	소속				

이상 반응 여부 및 난임 사업 중단 사유 진료 한의사 작성

성명	생년월일	작성일

이상 반응 여부 (중복 체크 가능)
<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 복통 / 복부 불편감 <input type="checkbox"/> 구역감 / 메스꺼움 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 파로감 / 전신 권태 <input type="checkbox"/> 생리불순 / 생리양 변화 <input type="checkbox"/> 기타: ( )
난임사업 참여를 중단한 경우 아래를 작성합니다. (치료 중단 시에만 작성, 중복 체크 가능)
<input type="checkbox"/> 대상자 / 대상자의 법정 대리인 요청 <input type="checkbox"/> 이상 반응 발생 <input type="checkbox"/> 추적 불가 / 연락 두절 <input type="checkbox"/> 임신으로 중단 <input type="checkbox"/> 탈락된 치료 희망 <input type="checkbox"/> 기타: ( )

이상여부 기록지

<p>임신 성공후 진료 기록지 신설</p>	<p>없음</p>	<p style="text-align: center;"><b>임신 성공 후 최종 결과_진료 한의사 작성</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">성명</th> <th style="width: 20%;">생년월일</th> <th style="width: 20%;">작성일</th> </tr> <tr> <td></td> <td>.19</td> <td>202</td> </tr> </table> <p>임신 여부 <input type="checkbox"/> 예 (→이래 항목 작성) <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p>마지막 월경시작일 년 월 일</p> <p>임신 시점  <input type="checkbox"/> 한의 치료 진행 중 (협약, 복용 중) (치료 ( ) 주기)  <input type="checkbox"/> 한의 치료 완료 후 (복용 종료 후 ( ) 주기)  <input type="checkbox"/> 의과 시술 직후  <input type="checkbox"/> 의과 시술 후 한의치료 재진입중 임신 성공  <input type="checkbox"/> 한의 의과 치료 모두 종료 후 자연임신</p> <p>임의 치료 외 의과 시술          여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오          종류  <input type="checkbox"/> 배란유도  <input type="checkbox"/> 인공수정  <input type="checkbox"/> 체외수정 / 시험관아기  <input type="checkbox"/> 기타 ( )          시술 일자          1번에          2번에          3번에          4번에</p> <p><small>* 임신한 경우, 한의 치료 시작 후 몇 번째 주기에 확인(진단)되었는지 작성하여 주시기 바랍니다. (주기는 월말 출생생리 기준 1cycle을 의미합니다.)</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">임신 및 출산 결과</th> <th style="width: 25%;">확 인 (시회)</th> <th style="width: 25%;">비고</th> </tr> <tr> <td>임산 분만</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>조산 분만</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>사 산</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>유 산</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 임신 중만 경우 (+작성일 기준 임신 및 주차인지 기재)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>다태아 구분</td> <td>다태아</td> <td></td> </tr> </table> <p><small>* 임신 20주 이전에 임신이 중단되는 경우를 유산이라고 한다.          * 분만(사산/유산)의 경우, 그 시점이 임신 및 주차인지 함께 기재하여 주시기 바랍니다.          * 사유를 알 수 있는 경우, 비고란에 기재하여 주시기 바랍니다.          * 임신 중인 경우, 작성일 기준으로 임신 및 주차인지 기재하여 주시기 바랍니다.          * 상기 임신 결과지 제출 시에는 유효 신분인력에서 발급한 임신확인서(전당서, 소견서) 첨부하여 제출해주시기 바랍니다.</small></p>	성명	생년월일	작성일		.19	202	임신 및 출산 결과	확 인 (시회)	비고	임산 분만			조산 분만			사 산			유 산			② 임신 중만 경우 (+작성일 기준 임신 및 주차인지 기재)			다태아 구분	다태아																			
	성명	생년월일	작성일																																												
	.19	202																																													
임신 및 출산 결과	확 인 (시회)	비고																																													
임산 분만																																															
조산 분만																																															
사 산																																															
유 산																																															
② 임신 중만 경우 (+작성일 기준 임신 및 주차인지 기재)																																															
다태아 구분	다태아																																														
<p>사후 설문지 신설</p>	<p>없음</p>	<p style="text-align: center;"><b>·한약 난임치료 사업 대상자 설문지(사후)&lt;여성용&gt;</b></p> <p><small>이 설문지는 서울시관외약 난임치료사업을 위한 사후 설문지로 해당 목적 외에는 사용되지 않으므로 정확히 기재해 주시기 바랍니다.</small></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">성명</th> <th style="width: 20%;">생년월일</th> <th style="width: 20%;">부부 공동 치료시 배우자명</th> <th style="width: 40%;">자치구명</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>월경력 및 대하력 정보_사후</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 15%;">월경력</td> <td style="width: 15%;">월경주기 규칙성</td> <td><input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적</td> <td style="width: 15%;">평균 월경주기 ( )일</td> <td></td> </tr> <tr> <td>평균 월경 지속 기간</td> <td>평균 ( )일</td> <td>월경 중 일어리 유무</td> <td><input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음</td> </tr> <tr> <td>월경색</td> <td><input type="checkbox"/> 옅한 분홍색 <input type="checkbox"/> 선명한 분홍색 <input type="checkbox"/> 진한 분홍색</td> <td>월경통 유무</td> <td><input type="checkbox"/> 통증 없음 <input type="checkbox"/> 통증 있음 1.0~10점 중 ( )점</td> </tr> <tr> <td>월경전증후군</td> <td><input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음</td> <td><input type="checkbox"/> 붓는다 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 유방 통증 <input type="checkbox"/> 배에 가스 참 <input type="checkbox"/> 어드름</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>배란일 증상</td> <td><input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음</td> <td><input type="checkbox"/> 경관 점액 변화 <input type="checkbox"/> 유방 통증 <input type="checkbox"/> 허복부 통증 <input type="checkbox"/> 소심/구역</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">대하</td> <td><input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음</td> <td>양</td> <td><input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>색</td> <td><input type="checkbox"/> 투명함 <input type="checkbox"/> 하얀색 <input type="checkbox"/> 옅은 노란색 <input type="checkbox"/> 진한 노란색</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>냄새</td> <td><input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음</td> <td></td> </tr> </table>	성명	생년월일	부부 공동 치료시 배우자명	자치구명					월경력	월경주기 규칙성	<input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적	평균 월경주기 ( )일		평균 월경 지속 기간	평균 ( )일	월경 중 일어리 유무	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음	월경색	<input type="checkbox"/> 옅한 분홍색 <input type="checkbox"/> 선명한 분홍색 <input type="checkbox"/> 진한 분홍색	월경통 유무	<input type="checkbox"/> 통증 없음 <input type="checkbox"/> 통증 있음 1.0~10점 중 ( )점	월경전증후군	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 붓는다 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 유방 통증 <input type="checkbox"/> 배에 가스 참 <input type="checkbox"/> 어드름			배란일 증상	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 경관 점액 변화 <input type="checkbox"/> 유방 통증 <input type="checkbox"/> 허복부 통증 <input type="checkbox"/> 소심/구역			대하	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	양	<input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음			색	<input type="checkbox"/> 투명함 <input type="checkbox"/> 하얀색 <input type="checkbox"/> 옅은 노란색 <input type="checkbox"/> 진한 노란색				냄새	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	
성명	생년월일	부부 공동 치료시 배우자명	자치구명																																												
월경력	월경주기 규칙성	<input type="checkbox"/> 규칙적 <input type="checkbox"/> 불규칙적	평균 월경주기 ( )일																																												
	평균 월경 지속 기간	평균 ( )일	월경 중 일어리 유무	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음																																											
	월경색	<input type="checkbox"/> 옅한 분홍색 <input type="checkbox"/> 선명한 분홍색 <input type="checkbox"/> 진한 분홍색	월경통 유무	<input type="checkbox"/> 통증 없음 <input type="checkbox"/> 통증 있음 1.0~10점 중 ( )점																																											
월경전증후군	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 붓는다 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 유방 통증 <input type="checkbox"/> 배에 가스 참 <input type="checkbox"/> 어드름																																													
배란일 증상	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 경관 점액 변화 <input type="checkbox"/> 유방 통증 <input type="checkbox"/> 허복부 통증 <input type="checkbox"/> 소심/구역																																													
대하	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	양	<input type="checkbox"/> 조금 <input type="checkbox"/> 많음 <input type="checkbox"/> 아주 많음																																												
		색	<input type="checkbox"/> 투명함 <input type="checkbox"/> 하얀색 <input type="checkbox"/> 옅은 노란색 <input type="checkbox"/> 진한 노란색																																												
		냄새	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음																																												





