

서울시 한의약 난임치료 지원사업 사전 선별지

I. 지원대상자 기준 확인

- ☐ 서울시 주민등록 거주자입니다
- ☐ (여성만 해당) 1980년 1월 1일 이후 출생자 입니다
- ☐ 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

예 아니오

※ 해당 사항이 있는 경우 지원 대상이 아닙니다

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 조기난소부전으로 인한 조기폐경 요인 난임입니다. | ☐ | ☐ |
| 2. 착상 장애를 유발할 수 있는 상태의 자궁내막 유착 및 자궁기형이 있습니다. | ☐ | ☐ |
| 3. 남성 요인 난임(폐쇄성 무정자증, 성기능 장애로 자연임신 시도가 어려운 경우) | ☐ | ☐ |
| 4. 여성이 양측 난관 폐색으로 인한 난임입니다. | ☐ | ☐ |
| 5. 최소 1개월 이상 한약 복용이 어렵습니다. | ☐ | ☐ |
| 6. 최소 1개월 이내 의과 난임 시술(인공수정, 시험관시술 등)을 받을 예정입니다. | ☐ | ☐ |
| 7. 신경과적 또는 정신학적으로 중요한 병력이 있거나 현재 질환을 앓고 있습니다. | ☐ | ☐ |
| 8. 현재 다음 중 하나 이상의 질환을 보유하고 있습니다.
(내분비 질환, 급만성 간염/간경변, 중증 고지혈증, 심혈관계 질환, 폐질환, 악성종양, 결핵 및 기타 감염성 질환) | ☐ | ☐ |
| 9. 최근 5년 이내에 암의 과거력이 있습니다. | ☐ | ☐ |
| 10. 한약 또는 침, 뜸 치료에 대한 과민 반응, 알러지, 심리적 거부감이 있습니다. | ☐ | ☐ |