

# 서울시 한의약 난임치료 지원사업 사전 선별지

## I. 지원대상자 기준 확인

- 서울시 주민등록 거주 국민 입니다 (6개월 이상)
- 원인불명의 난임 진단을 받았습니다 (난임시술기관, 산부인과 전문의)
- (여성만 해당)1979년 이후 출생자 입니다
- 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

예 아니오

※ 해당사항이 있는 경우 지원 대상이 아닙니다

- |                                                                                                                                                                                                                     |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 조기난소부전으로 인한 조기폐경 요인 난임입니다.                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 착상 장애를 유발할 수 있는 상태의 자궁내막 유착 및 자궁기형이 있습니다.                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 남성요인 난임 입니다(폐쇄성 무정자증, 성기능 장애로 자연임신 시도가 어려운 경우)                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 여성이 양측 난관폐색으로 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.<br>(질환: 내분비 질환, 급만성 간염/간경변, 중증 고지혈증, 심혈관계 질환, 폐질환, 악성종양, 결핵 및 기타 감염성 질환 등/<br>약물복용: 전신질환으로 1년 이상 약물 복용 혹은 NSAID(비스테로이드 항염증약), 스테로이드, 결핵약, 항진균제, 항생제 등을 상시 복용하는 자) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 과거 5년 이내에 암의 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"/> |