

등록번호	건강관리과-185
등록일자	2026. 1. 6.
결재일자	2026. 1. 6.
공개여부	비공개(5)

주무관	모자건강팀장	건강관리과장		
유소희	주은주	전결 2026. 1. 6. 송호숙		
협조				

2026년 한방난임 지원사업 운영 계획

춘천시보건소
건강관리과

<목 차>

I. 추진배경	1
1. 사업목적 및 필요성	1
2. 일반현황	1
II. 사업개요	2
III. 세부추진계획	3
1. 소요예산	3
2. 지원방법 및 절차	3
3. 2026년 한방난임 참여 한의원	3
IV. 사업진행순서	4
1. 대상자선정	4
2. 대상자 모집 및 확정	5
3. 한방난임사업 실시	6
4. 대상자 추적조사	6
5. 사업평가	7
V. 행정사항	7

2026년 한방난임 지원사업 운영 계획

- 한방 접목 난임 치료를 통한 체질개선으로 난임 부부의 생식 건강 증진 및 난임 시술의 효과성을 높임
- 시술비 중 본인 부담 일부를 지원하여 난임부부의 경제적 부담 경감
→ 난임 부부가 자녀를 갖을 수 있도록 지원하여 출산율 상승에 기여

1 추진배경

☐ 필요성

- 획일화된 양의학 난임 시술 대안 마련 근거 중심의 사업추진
- 만혼 및 사회·환경적 요인으로 난임 부부가 증가하는 추세

☐ 추진근거

- 「저출산·고령사회기본법」 제10조(경제적 부담의 경감)
- 「모자보건법」 제3조(국가와 지방자치단체의 책임)
- 「모자보건법」 제11조(난임극복 지원사업)
- 「춘천시 출산 및 양육 지원에 관한 조례」 제4조(재정지원)

2 현황

☐ 모자보건 관련 춘천시 인구 현황

- 총 인구 수와 가임 여성 수가 감소하고 있는 추세이나 출생아 수는 전년 대비 증가함. 앞으로도 아이를 원하는 가정이 출산을 할 수 있도록 적극적 출산 지원 대책 필요.

구 분	총 인구수(명)	가임여성 수(명)	출생아 수(명)	합계출산율(%)
2025년	285,234	58,634	1,487	-
2024년	286,069	59,713	1,449	0.85
2023년	286,426	60,612	1,330	0.789
2022년	286,664	61,534	1,509	0.901

※ 출처: 국가통계포털, 행정안전부 주민등록인구통계(2025년 12월 말)

□ 한방난임 지원사업 현황

구 분	지원액(천원)	수혜자(시술자)	임신성공자	임신성공률(%)
2025년	10,941	10명(9명)	3명	33.3%
2024년	12,000	10명(10명)	2명	20.0%
2023년	15,600	15명(14명)	1명	7.14%
2022년	20,458	19명(17명)	4명	23.5%

3 사 업 개 요

□ 추진기간: 2026년 1월 ~ 12월

□ 추진대상: 우리 시 거주 난임 여성 및 부부 10명(사실혼 포함)

○ 여성: 난임 진단받은 대상자

○ 남성: 여성 지원자 중 남성 요인이 포함된 배우자

□ 추진방법: 춘천시한의사회 MOU

□ 소요예산: 12,000천원(시비 100%)

□ 추진내용: 대상자 최종 확정 후 지정 한의원에서 3개월간 한약 및 뜸 치료 등 특별 프로그램 운영

□ 지원기간: 6개월(치료기간 3개월 + 임신 추적기간 3개월)

□ 제한사항

○ 치료기간 3개월 내 양방 난임 시술비 지원사업 중복지원 불가

○ 이전 한방난임 지원사업 수혜자 중복지원 불가

4

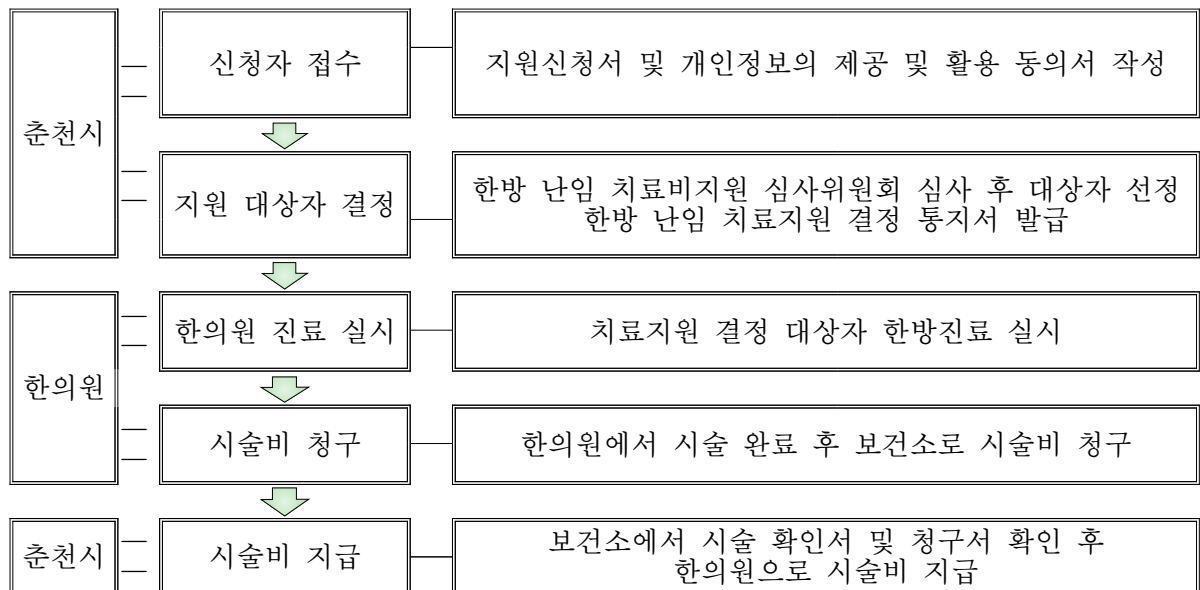
세부추진계획

□ 소요 예산: 14,000천원 (시비 12,000천원, 한의사회 2,000천원)

○ 산출기초: 1,400,000원 (첩약 6회분) × 10명 = 14,000,000원

- 시비: 진료비 본인부담금 120만원×10명 = 12,000,000원(85.7%)
- 한의사회: 진료비 본인부담금 20만원×10명 = 2,000,000원(14.3%)

□ 지원 방법 및 절차



※ 사업비 청구서류: 한방난임치료비 청구서, 피시술자 명단, 한방난임치료 확인서, 진료비 명세서, 치료 동의서, 통장사본, 지원결정통지서 사본 1부

□ 2026년 한방난임 참여 한의원: 관내 한의원 67개소

○ 사업참여 한의원은 소정의 교육 및 사업참여 약정서 제출(약정서에 환자 관리 등 의무 사항 기술)

○ 교육내용

- ▷ 내용: 난임 기본 지식, 설문지, 진료기록부 작성 요령, 치료법
- ▷ 기타: 환자 상담 및 관리 ⇒ 원장 및 직원

□ 달라지는 점

구 분	기존 (2025년)	변경 (2026년)
난임 진단서 유효기간 연장	6개월 내 발급	2년 이내 발급

* '25년 한방난임지원사업 간담회에서 제기된 문제점으로 양방 난임 진단서 유효기간을 연장하여 한방난임 지원사업 신청 불편 완화

5 사 업 절 차

1. 대상자 선정

○ 선정기준

- 지난 1년 이상 정상적인 부부생활에도 불구하고 임신이 되지 않은 부부(남성과 여성)
- 양방적인 검사상 부부 모두 불임을 유발할 수 있는 기질적 질환이 없다고 진단된 환자
- 임신 경험이 있는 경우는 유산 또는 분만 후 무월경이 끝난 후 1년 이 지나도 임신이 되지 않은 자
- 한약이나 침, 뜸 등에 대하여 알레르기 반응이나 심리적 거부감이 없고, 주 2회 이상 내원이 가능한 자
- 본 난임 사업에 스스로 참여를 결정하고 동의서에 서명한 자

○ 남성지원자 난임 기준(WHO, 2010)

- 정액 내 총 정자수 1천 5백만/ml 이하
- 운동성 있는 정자 40% 이하
- 정상형태 정자 4% 미만

※ 여성지원자 난임진단서상 남성요인 여부 또는 정자검사결과지 확인

○ 제외기준

- 이전에 본 사업 지원을 받은 경우
- 경구용 피임약 복용 후 1년이 경과하지 않은 경우

- 전신적 질환으로 1년 이상 약물을 복용하고 있는 환자
- 조현병, 우울증, 기분 장애 등의 질환으로 신경정신과 치료를 받은 병력이 있는 경우
- 혈액 검사상 질환이 의심되는 자
- 임신 테스트 양성 반응인 자
- 현재 양방 난임 시술비 지원 대상자(지정한 사업 기간에는 보조생식술 보류)
- 기타 본 사업에 부적당하다고 판단되는 자

○ 탈락기준

- 특별한 이유 없이 7일 이상 침구 치료를 위해 내원하지 않은 경우
- 소화장애 등으로 한약 복용을 거부하거나 특별한 이유 없이 한약 복용을 7일 이상 중단한 경우

2. 대상자 모집 및 확정

① 대상자 모집

○ 홍보 방법

- 공공기관과 지정 한의원 홍보물 지원
- 언론 및 시 홈페이지 게재
- 네이버밴드(행복도시춘천맘) 게시글 게시

○ 모집 방법: 건강관리과 모자건강팀 및 한의사회에서 희망자 모집

○ 한방난임위원회(5인 이상) 구성: 선정 주체 한의사회

○ 확정 명단: 한의사회 및 선정자에게 통보

② 최종 대상자 확정

○ 확정 방법: 대상자 신청 서류(진단서, 설문지) 참고하여 한방난임 위원회가 최종 대상자 선정

③ 시술 한의원 지정

○ 지정 방법

- 대상자의 의사(희망 한의원 2곳 선택)를 고려하여 한의사회와 대상

자 상의하여 지정함

※ 대상자의 주거지, 직장 등을 고려하여 지정

○ 한의원 선정

- 춘천시한의사회 난임위원회 선정으로 각 10명 내로 진료 인원을 고려하여 선정(난임 치료 지원자 수에 따라 유동적임)

3. 한방난임사업 실시

○ 추진 기간: 2026년 1월 ~ 12월

○ 사업 대상: 최종 확정 대상 10명

○ 사업 방법: **한의사회 난임위원회 결성 후 실시**

○ 한약 치료: 한약 15일분씩 6회 투약(3개월)

○ 한방 침구 치료

- 한약 시술 중인 3개월간은 주 2회 이상: 약 24회
- 한약 시술 종결 후 3개월간은 주 1회 이상: 약 12회

○ 진단 및 상담

- 투약 기간 중 주 1회 이상 상담
- 월 1회 각 한의원에서 한의사협회로 서면 결과 통보

○ 중도 탈락자나 시술 도중 임신이 된 경우 예산 범위 내에서 대상자 추가 선정

4. 대상자 추적조사

○ 추진 조사 기간: 연중

○ 치료 종결 후 혈액검사 및 한방 검진 재실시

- 치료 종결자 대상으로 한의사회와 함께 실시

○ 치료 종결 후 3개월간 주 1회 이상 치료 및 관찰

- 대상자 추적조사 후 임신 성공 여부 판정
- 치료 중 양방 난임 시술 금지(치료기간 종료 후 희망자 양방시술 가능)

5. 사업평가

○ 평가내용

- 참여율(지원 대상자 수, 치료종결자 수)
- 프로그램 만족도
- 임신 성공률 평가, 객관적 건강 수준 평가

○ 설문조사

- 한방난임지원사업 신청자 설문조사: 지원신청서 제출 시
- 한방난임지원사업 대상자 설문조사: 사전, 사후
- 한방 진단 및 임상 결과 등 신체 변화 확인: 사전, 사후
- 프로그램 만족도 설문조사: 사후

○ 결과 정리 및 분석

- 통계 및 분석 결과 제출(한의사회 주관): 2026년 2월

6 행정 사항

- 한의사회 한방난임위원회 선정: '26. 1.
- 한방난임사업 실시: '26. 1. ~ 12.
- 홍보포스터 제작 및 배포 등: '26. 1. ~
- 대상자 관찰 추적 관리: '26. 4. ~
- 한방난임지원사업 간담회: '26. 9.
- 통계 및 분석 결과 제출: '26. 2.

- 붙임 1. 한방난임 협약서 1부.
2. 한방난임 서식(2026년) 1부. 끝.

붙임 1. 한방난임 협약서



「살기 좋고 살고 싶은 행복도시 춘천」의 출산장려를 위한

한방난임치료사업 협력 협약서

춘천시(이하 “갑”이라 한다)와 춘천시한의사회(이하 “을”이라 한다)간에 춘천시 출산장려를 위한 한방난임치료사업을 효과적으로 추진하기 위하여 다음과 같은 내용으로 협약을 체결한다.

제1조(목적) 본 협약서는 “갑”과 “을” 상호간의 출산을 제고할 위한 한방난임치료 사업을 위해 상호 협력하는데 기본을 두며 한방난임치료를 통하여 한의약 건강증진사업의 활성화로 주민 건강증진을 도모하는데 그 목적이 있다.

제2조(협력분야) “갑”과 “을”은 공동 목표의 달성을 위하여 상호존중과 신뢰의 원칙에 따라 협력한다.

1. 춘천시는 출산을 제고할 위한 한방난임 치료업무와 관련한 행정·재정적 지원
2. 춘천시한의사회는 효율적인 한방난임치료를 통한 출산을 제고 추진
3. 한방난임치료사업을 위한 조사, 연구 교육 및 자문 지원
4. 기타 “갑”과 “을”이 상호 협의한 사항 등

제3조(상호협조 의무) “갑”과 “을”은 성실한 이행과 원활한 사업 추진을 위하여 적극 협력하고 상호 협조 의무를 다한다.

제4조(기타사항)

1. 본 협약서에 정하지 아니한 사항은 상호 협의하여 결정한다.
2. “갑”과 “을”은 이의 성립을 증명하고 이를 성실히 이행하기 위해 협약서 2 부를 작성한 후 각각 1부씩 보관한다.

제5조(효력)

1. 본 협약서는 “갑”과 “을”이 서명한 날부터 그 효력은 발생하되, 본 내용에 대하여 변경사유가 있을 경우 상호 협의에 의하여 변경할 수 있다.
2. “갑”과 “을”은 서면에 의한 종료 표시가 없는 경우, 본 협약은 매년자동으로 갱신된 것으로 본다. 단, 협약을 해지하고자 할 경우 해지 전 3개월 이전에 통지하여야 한다.

2017년 1월 11일

춘천시

보건소장 김 동룡

춘천시한의사회

회장 김 도경

붙임 2. 한방난임 서식(2026년)

서식 1 한방난임치료 지원신청서

본인 성명		주민등록번호			세
		국 적		결혼연령	세
배우자 성명 지원대상 ☐		주민등록번호			세
		국 적		결혼연령	세
주 소	(e-mail 주소 :)				
배우자 거주지	(e-mail 주소 :)				
연 락 처	본인 휴대폰		배우자 휴대폰		
난임기간 (피임기간 제외)	본 인	1년	2년	3년	4년 5년 6년이상
신청부부 사이의 기존자녀	명	기존자녀 임신시 난임시술 여부	첫째아 ☐ 자연임신 ☐ 인공수정 ☐ 체외수정 둘째아 ☐ 자연임신 ☐ 인공수정 ☐ 체외수정		
난임시술 이력	인공수정 회 체외수정 회	※ 지원기간 내 (양방)난임 지원사업 중복지원 불가 ※ 한방난임 지원사업 이전 신청자 중복지원 불가			
희망한의원 (지정한의원 중 2개소 선택)		/			
※ 한방난임 치료 한의원 중 탄력적 지정·운영으로, 난임희망자 수에 따라 유동적으로 지정될 수 있음 ※ 허위 기재시 지원대상 제외 및 의료비 지급시 환수조치됨 ※ 시술결과(출생아 포함)에 대한 보건소의 확인 질문에 성실히 응답할 의무가 있음					
※ 붙임서류: 1. 난임진단서 원본 1부 *정부지정난임시술기관에서 2년 이내 발급 2. 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주 하고 있을 경우 가족관계증명서 1부 제출) 3. 한방난임치료비 지원사업 개인정보 제공 동의서					
위 기재사항 중 허위 사항이 있을 경우 지원대상에서 제외 및 의료비 지급시 환수 조치에 동의하며, 위와 같이 한방 난임치료비 지원을 신청합니다.					
년 월 일 신청인 : (서명) 춘천시보건소장 귀하					

※ 시술관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.

(뒷면)

한방난임 치료비 지원사업 개인정보 제공 동의서

한방난임치료비 신청 및 지원대상자와 관련하여 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제 24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- ☐ 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 춘천시보건소, 춘천시한의사회, 한방난임치료비지원사업 한의원
- ☐ 개인정보화일(DB)수집의 목적
- 한방 난임치료 지원 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
 - 한방난임치료 지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 한방난임치료 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- ☐ 개인정보수집항목
- 난임부부 : 성명,주민등록번호,주소,전화번호,휴대폰번호,전자메일주소,난임치료 개인진단 내역 및 치료 내역,혈액검사,시술확인서내용,출생아의 성장 관련 현황 등
- ☐ 개인정보보유 및 이용기간
- 춘천시보건소에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 5년
- ☐ 개인정보 조화·열람·활용 동의내용
- 주민등록등(초)본 조화·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
 - 한방난임지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 한방난임지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 ‘행정정보공동이용’ 조화 동의
- ☐ 개인정보 수집 동의 거부
- 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별 정보처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 “한방난임 치료 지원신청” 과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조화 열람 활용에 동의합니다.

년 월 일

동의자 성명	관 계	동의확인(서명)
		(인)
		(인)
		(인)
		(인)

※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 자), 배우자

서 약 서

본인은 한방난임 지원사업에 있어 대상자 최종 확정 후 지정 한의원에서 한약, 침, 뜸 치료 및 추적기간 6개월간 꾸준히 내원하여 참여할 것을 서약합니다.

1. 한약이나 침, 뜸 등 주 2회 이상 내원과 치료를 성실히 이행한다.
2. 정신분열증, 우울증, 기분 장애 등의 질환으로 신경정신과 치료를 받은 병력이 없으며, 있는 경우 대상자에서 제외된다.
3. 특별한 이유 없이 7일 이상 침구치료를 위해 내원하지 않은 경우 대상자에서 제외된다.
4. 한약복용을 거부하거나 특별한 이유없이 한약복용을 7일 이상 중단한 경우, 대상자에서 제외됨과 동시에 치료비 일부 환급 될 수 있다.

년 월 일

서 약 자

성명

(서명)

서식 2

한방난임치료 지원 결정 통지서

한방난임치료 지원 결정 통지서

일련번호 20 - 호		발 급 일 자 20 . . .						
성 명	부인		생년월일		연령		지원대상	☒
	남편		생년월일		연령		지원대상	☐
주 소					연락처	부인) 남편)		
유효기간	20 년 월 일 ~ 월 일까지(발급일로부터 14일) * 유효기간내 치료 (시작)을 못할 경우 자동 효력 상실(재발급 필요)							
지정한의 원		주 소			전화번호			
위와 같이 한방 난임 치료를 의뢰합니다.								
춘 천 시 장 (직 인)								
< 준수사항> ※ 지원 대상자 ① 지원대상자는 지정 한의원을 방문하는 최초 진료일에 “지원 결정통지서”를 미리 제출하신 후에 치료를 시작할 수 있습니다. ② 유효기간내에 진료를 시작하지 못한 경우 재신청하여 반드시 ‘지원결정통지서’를 재발급 받아 진료기관에 제출하여야 합니다.(유효기간이 지나서 진료를 시작한 경우 당해 시술비는 지원되지 않음) ③ 치료내용(무료) : 진료, 한약첨약, 침구(주 2회) 및 한방요법 ④ 한방난임치료 기간 동사업의 지침을 준수하고 성실히 협력하며, 치료도중 중단하는 경우 반드시 보건소에 통보해야 합니다. ※ 지정 의료기관 ① 지정 한의원은 모든 치료대상자에 대하여 본 결정통지서 제출 여부를 반드시 확인하고 미 제출자에 대하여는 보건소 지원 사실 인지 여부를 재차 확인하고 결정통지서 제출 이전 시술내용에 대하여는 지원이 되지 않음을 정확히 안내 후 치료를 시작하여야합니다. ② 본 지원결정통지서 “유효기간”이 경과한 지원대상자에게는 한방난임치료서비스를 제공하여서는 안됩니다. ③ 지정 한의원은 본 결정통지서를 접수하고 치료 종료 후 1개월 이내에 「한방난임 치료 확인서」 및 「치료동의서」를 첨부하여 「한방난임 치료비 청구서」를 제출 하여야 합니다 ④ 부작용 등 경증 및 중등증의 후유증 등은 건강보험 적용항목이므로 춘천시지원 한방난임치료비에 포함시키거나 별도로 청구할 수 없습니다. ⑤ 한방난임치료 지정 한의원은 춘천시지원 한방난임치료를 제공함에 있어서 동사업의 지침을 준수하여야 합니다 ※ 유효기간란은 기재 후 테이핑하여 주시기 바랍니다.								

서식 3 치료동의서(한의원)

- 사 업 명 : 한방 난임치료지원 사업
- 주관기관 : 춘천시한의사회, 춘천시보건소

본인은 한방 난임치료에 대한 성격, 목적, 기간, 본인이 해야 할 일과 본인의 건강과 관련하여 어떤 불편함이나 바람직하지 못한 결과가 발생할 수도 있다는 사실에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다. 또한 본 치료에 동의한 후에라도 언제든지 이를 철회할 수 있음과 부작용 발생시 적절한 치료를 받을 수 있음을 확인하였습니다.

본인은 치료 기간 동안 주어지는 지침을 따르고, 충실히 협력하며, 본인의 건강에 어떤 변화가 있거나 예상하지 않았던 증상들이 나타나는 경우 즉시 주관기관에 알리는 것에 동의하며 아래에 서명함으로써 자유로운 의사에 따라 본 치료에 참가하고자 합니다.

20 년 월 일

주 소 :

연락처 :

치료대상자: (성명) (서명) (서명일) 20 년 월 일

대리인 (관계): (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.

시술자: (성명) (서명) (서명일) 20 년 월 일

서식 4 한방난임치료비 청구서

청구금액	금 원						
	백	십	만	천	백	십	원
청구내역 (건수)	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 기간 중 _____ 외 _____명의 한방난임치료비(명단별첨)						
기 관 명				대 표 자			
주 소							
전화번호				팩스번호			
은 행 명		계좌번호			예금주		
위와 같이 청구합니다. 20 년 월 일 청구인(시술기관 대표) _____ (직인) 춘천시보건소장 귀하							
※ 첨부서류 : 1. 한방난임치료자 명단 ()부 2. 한방 난임치료 확인서()매 3. 진료비 영수증 4. 치료 동의서 사본 1부 5. 통장사본 1부. 6. 지원결정통지서 사본 1부.							

서식 5

한방난임치료자 명단

번호	성명	주민등록번호	시술비	비고
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

서식 6 한방난임치료 확인서

〈의료기관용〉

일련번호	20	-	호			
수진자 성명				주민등록번호		만 세
				연락처		
주 소						
이전 난임시술 여부 (인공수정, 체외수정 등 타병원 시술 포함)				☐ 없음 ☐ 있음(인공수정 회, 체외수정 회)		
난임의 원인	☐ 남성요인 ☐ 난관요인 ☐ 배란요인 ☐ 복강요인 ☐ 자궁요인 ☐ 원인불명 ☐ 기타 : _____					
한방난임이 필요한 이유 (상세한 설명)						
치료내용	① 침 : 회 (주/ 회)			② 뜸 : 회 (주/ 회)		
	③ : 침약			: 제(처방명)		
④ 기타 : _____						
치료 중단시 사유: _____						
치료 결과						
치료기간	년 월 일 ~ 년 월 일					
한방치료 후 양방 난임 시술 여부	자연임신예정()		인공수정시술 예정()		체외수정시술 예정()	
치료결과 (3개월후 보건소에 통보함)	☐ 자궁내 임신 (임신낭 개수 :) ☐ 자궁외 임신 ☐ 화학적임신 ☐ 비임신 ☐ 치료 도중 자연임신 ☐ 기타 : _____					
치료비 총액	(원)		춘천시지원 해당 시술비		(원)	
의료기관명				전 화		
의료기관주소				FAX		
위와 같이 한방난임치료를 시행하였음을 확인합니다. 20 년 월 일 의사면허번호 : _____ 번 담당의사 : _____ (인) 시술기관대표 : _____ (직인)						
춘천시보건소장귀하						

설문 1 한방난임 신청자 기본정보

※ (개인정보는 소비자보호법에서 정한 기간(5년)동안만 보유하며 그이후는 DB에서 삭제하고 있습니다. 귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 사업관련 안내 서비스를 받을 수 없습니다)

성 명		주민번호	
전화번호 (주택)		핸드폰 번호	
주소 (현주소)			
이메일			
희망진료지역 또는 한의원 (자세히)	- - ex) 읍면동 혹은 자주가시는 한의원명		
한방난임에 대해 어떻게 알게 되셨나요? (복수응답가능)	1. 광고 2. 카페, 블로그, 밴드, 카카오톡등 3. 보건소 4. 주변의 권유 1. 기타() 복수응답인 경우는 알게되신 순서대로 입력해 주세요(ex 3-2)		

■ 대하관련

1. 대하정도 : ☐없음 ☐약간 ☐보통 ☐심함
2. 대하기간 : ☐생리후 - 배란전 ☐배란후 - 생리시작 전 ☐지속적
3. 대하상태 :: 색 ☐흰색 ☐황색 ☐기타
냄새 ☐없다 ☐있다
양상 ☐묽다 ☐진득하다 ☐덩어리진다
4. 음부 가려움증 : ☐없다 ☐있다

■ 성교시 통증 여부

☐없다 ☐불편을 느끼지만 참을만하다 ☐통증으로 성교를 중단하는 경우가 있다.

설문 2-2 한방난임치료 사전 설문(치료 참고용)

※치료에 참고자료가 되니 가능한 한 정확하고 자세하게 적어주세요.

1. 체격과 나이에 대한 사항을 기입해 주십시오.

신장	체중	나이
_____cm	_____Kg	만_____세

2. 이전의 출산력 및 유산력에 대한 문항입니다.

(본 문항은 진료를 위한 자료로만 사용되며, 개인정보유출이 되지 않습니다.)

1) 이전 출산은 언제, 어떻게 하셨습니까?

명수	출산연도	분만당시 주수	자연분만/제왕절개	아기 성별	아기 출생시 몸무게	임신기간 또는 분만직후 합병증 (태아 및 산모)
1	_____년	_____주			_____Kg	
2	_____년	_____주			_____Kg	
☐ 없음		임신 경험이 없으신□에 체크를 부탁드립니다.				

2) 양방난임시술(체외, 인공) 경험이 있습니까? (년도/횟수)

3) 유산의 경험이 있습니까? (있다면 빈칸을 채워 주십시오.)

횟수	유산연도	유산 당시 주수	자연유산/인공유산
1	_____년	_____주	
2	_____년	_____주	

3. 과거에 진단받았거나, 수술 받은 질환이 있습니까?

또는 현재 치료중인 병이나 복용중인 약이 있습니까?

(예 : 고혈압, 당뇨, 간염, 갑상선질환, 결핵, 암 등- 자궁근종, 제왕절개, 맹장 수술 등... / 비타민, 영양제, 홍삼, 소화제 포함)

4. 한약을 드시고 불편하셨던 경험이 있습니까?

5. 배우자(남편)께서 불임에 대한 검사를 받아본 적이 있습니까?

있다면 결과는 어떠하였습니까?

6. 주말부부 입니까?(예/아니오)

설문 3**한방난임치료 만족도 설문지**

이 설문지는 한방난임치료사업을 모두 마친 후 시행하는 만족도 조사 설문지로 한방난임치료비지원사업 추진에 관한 귀중한 자료로 사용되오며 해당목적 외에는 사용되지 않으므로 성실하고 진실하게 답변해 주시면 감사하겠습니다.

1. 한방난임치료 지원사업의 한방치료에 대하여 만족하십니까?

- ⑤ 매우 만족한다 ④ 만족한다 ③ 보통이다 ② 그렇지 않다
① 전혀 그렇지 않다

2. 한방진료를 받기위하여 내원 하시기에 어떠하셨습니까?(무 입원, 근거리 이동, 당일 진료 등)

- ⑤ 매우 만족한다 ④ 만족한다 ③ 보통이다 ② 그렇지 않다
① 전혀 그렇지 않다

3. 난임치료를 위한 양방 시술(체외수정·인공수정)에 대하여 거부감을 가지고 계십니까?

- ⑤ 매우 그렇다 ④ 그렇다 ③ 보통이다 ② 그렇지 않다
① 전혀 그렇지 않다

4. 난임치료를 위한 한방진료를 받고 계심을 주변 분들에게 밝히고 계십니까?(공개 여부)

- ⑤ 매우 그렇다 ④ 그렇다 ③ 보통이다 ② 그렇지 않다 ① 전혀 그렇지 않다

5. 지정한의원에서 한방진료과정 중 충분한 설명 및 상담을 받았습니까?

- ⑤ 매우 그렇다 ④ 그렇다 ③ 보통이다 ② 그렇지 않다 ① 전혀 그렇지 않다

6. 난임에 대한 한방치료법 중 본인에게 가장 도움이 되었다고 생각되는 것을 골라주세요.

(복수 체크 가능)

- ① 없음 이유 :
- ② 한약 복용 이유 :
- ③ 침 치료 이유 :
- ④ 뜸 치료 이유 :
- ⑤ 한의사 진료(상담) 이유 :

7. 진료 후 신체의 긍정적인 변화가 있었습니까?

- ⑤ 효과적인 변화가 많이 있었다 ④ 약간의 변화가 있었다 ③ 모르겠다
- ② 변화가 없었다 ① 부정적인 변화가 있었다

⇒ 변화가 있다면 내용은?

8. 양방시술(체외수정, 인공수정)을 받으신 경험이 있으십니까? 예 / 아니오

※ 경험이 있는 경우 답하여 주세요

가. 양방시술에 비해 한방치료를 받을 때 편의성은 어떠하십니까?

- ⑤ 매우 편하다 ④ 편한 편이다 ③ 양방진료와 비슷하다
- ② 불편한 편이다 ① 매우 불편하다

나. 양방시술에 비해 한방치료를 받을 때 신뢰도는 어떠하십니까?

- ⑤ 매우 효과적이다 ④ 증상에 따라 양방보다 효과적일 때도 있다고 생각한다
- ③ 모르겠다 ② 양방진료와 비슷하다 ① 효과가 없다

9. 한방난임치료를 위한 한방진료(침약, 침, 뜸 등)이용에 대한 생각은?

- ⑤ 매우 효과적이다 ④ 증상에 따라 양방보다 효과적일 때도 있다고 생각한다
- ③ 모르겠다 ② 양방진료와 비슷하다 ① 효과가 없다

10. 주변에 난임인 가족이나 친지가 있다면 한방치료를 추천하시겠습니까?

⑤ 매우 그렇다 ④ 그렇다 ③ 보통이다 ② 아니다 ① 전혀 아니다

11. 난임에 대한 한방치료를 차후에 다시 받으실 의향이 있습니까?

⑤ 매우 그렇다 ④ 그렇다 ③ 보통이다 ② 아니다 ① 전혀 아니다

12. 향후 난임부부의 한방난임치료에 대한 정부의 정책적 지원이 필요하다고 생각하십니까?

⑤ 매우 그렇다 ④ 그렇다 ③ 보통이다 ② 아니다 ① 전혀 아니다

설문 4 한방난임치료 사후 설문지

이 설문지는 춘천시한의사회, 춘천시보건소가 공동으로 주관하는 한방 난임치료사업을 모두 마친 후 시행하는 사후 설문지로 해당 목적 외에는 사용되지 않으므로 정확히 기재해 주시기 바랍니다.

이름 : 주민등록번호 :

■ 월경관련(치료후)

1. 월경주기 : ☐ 규칙적이다 ()일 ☐ 불규칙하다
2. 월경량 : 패드 총 ()개 ☐ 많다 ☐ 중간 ☐ 적다
3. 월경색 및 혈괴 : ☐ 선홍색 ☐ 검붉은 색 / 덩어리 ☐ 많다 ☐ 중간 ☐ 적다
4. 생리시 몸의 변화

☐ 복통 및 골반통 ☐ 두통 ☐ 유방 통증 ☐ 소화불량 ☐ 짜증이 잘 난다

☐ 식욕이 당긴다 ☐ 기타()

5. 월경통 지속시간

☐ 12시간 이내 ☐ 12 -24시간 ☐ 24-48시간 ☐ 48시간 이상

6. 월경통 정도

☐ 일상생활 지장은 없으나 불편함 ☐ 심하지만 진통제 복용하지 않음 ☐ 진통제 복용

※ 월경통 정도를 표시해주세요.(VAS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
통증 없음										가장 심함

7. 비정상적 출혈

☐ 없음 ☐ 배란시 출혈 ☐ 접촉성 출혈 ☐ 기타()

■ 대하관련(치료후)

1. 대하정도 : ☐없음 ☐약간 ☐보통 ☐심함

2. 대하기간 : ☐생리후 - 배란전 ☐배란후 - 생리시작 전 ☐지속적

3. 대하상태 : 색 ☐흰색 ☐황색 ☐기타

냄새 ☐없다 ☐있다

양상 ☐묽다 ☐진득하다 ☐덩어리진다

4. 음부 가려움증 : ☐없다 ☐있다

■ 성교시 통증 여부(치료후)

☐없다 ☐불편을 느끼지만 참을만하다 ☐통증으로 성교를 중단하는 경우가 있다.

■ 기타

한방 난임치료를 받으면서 불편했거나 향후 개선했으면 하는 점이 있으면 기술해 주십시오.