

不育症検査助成事業受診等証明書

年 月 日

八王子市長 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

下記のとおり、不育症検査助成事業の対象となる不育症検査を行ったことを証明します。

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受信者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
助成対象者確認	<input type="checkbox"/> 2回以上の流産及び死産又は早期新生児死亡の既往がある者 <input type="checkbox"/> 医師が不育症と判断した者	
検査開始日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
検査期間	夫又は妻の検査開始日のうち、どちらか早い日が開始日となります。 不育症の検査にかかった期間のみを記入してください。 年 月 日 ~ 年 月 日	
検査内容	(1) <input type="checkbox"/> 子宮形態検査【 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 】 (2) <input type="checkbox"/> 内分泌検査【 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 】 (3) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 (4) <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体【 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン β 2グルコプロテインI複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <input type="checkbox"/> 抗CLIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗CLIgM抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgG抗体 <input type="checkbox"/> 抗PEIgM抗体 】 (5) <input type="checkbox"/> 血栓性素因スクリーニング(凝固因子検査) <input type="checkbox"/> 第Ⅷ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテインS活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテインC活性もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT (6) <input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査 (7) <input type="checkbox"/> 先進医療として告示された検査【 】	

(7)については、国の先進医療会議にて、順次認められていく仕組みです。
 実施できる医療機関も限られます。

(7)の検査、実施医療機関については、厚生労働省のホームページで確認してください。

【注意事項】

- ・助成の対象になる検査は、表面に記載されている検査のみです。
不妊検査のために行われた検査は対象外ですので記載しないでください。
- ・文書代など、不育症検査に直接関係のない費用は対象外ですので、記載しないでください。
- ・助成対象期間(検査開始日から1年間)の内に実施された診療分について記載してください。
- ・検査を継続中に作成する場合は、最後に来院した日にちを記載してください。
- ・説明欄が不足する場合は、この面をコピーして作成してください。

【この事業における流産の考え方】

- ・反復流産及び習慣流産のことを指しています。生化学的妊娠(化学流産)、着床不全は含みません。

医療機関証明欄

	夫:氏名			妻:氏名		
診療月	表面(1)から(5)までの検査について、記入してください。					
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
診療月	表面(6)から(7)までの検査について、記入してください。					
	保険診療分	自費診療分	計	保険診療分	自費診療分	計
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円	円	円
(1)から(7)までの合計	円			円		

上記のとおり領収します。

年 月 日

医療機関

名称

医療機関コード

所在地

		1							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

管理者氏名

印

担当者氏名

電話番号

別紙

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

受検者氏名：

実施医療機関名：

※ 国への報告時は秘匿

※ 国への報告時は秘匿

領収金額：

円※ 医療機関が受検者から検査費用として領収した額

- ・ ・ 流産絨毛染色体分析結果
 - 所見なし（46, XX 46, XY）
 - 所見あり（内容： ）
 - 分析不可（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）
- ・ ・ 母親年齢（ 歳） 父親年齢（ 歳）
- ・ ・ 既往妊娠回数
妊娠 回（今回を含む）
生産 回、生化学的妊娠（化学流産） 回、
流産（生化学的妊娠を含まない） 回、異所性妊娠（子宮外妊娠） 回
- ・ ・ 不妊治療の有無（有・無・不明）、有りの場合不妊期間（ 年 ヶ月）
- ・ ・ 抗リン脂質抗体症候群の有無（有・無・不明）
- ・ ☆ 今回の妊娠での治療
 - 治療なし
 - 低用量アスピリン療法
 - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
 - その他の治療（内容： ）
- ・ ・ 子宮形態異常（子宮奇形）の有無（有・無・不明）
- ・ ☆ 有の場合
 - 子宮鏡下中隔切除術施行
 - その他の治療（内容： ）
 - 治療なし
- ・ ・ 甲状腺機能異常の有無（有・無・不明）
- ・ ☆ 有の場合
 - 治療あり（内容： ）
 - 治療なし
- ・ ・ 血栓性素因の有無（有・無・不明）
- ・ ☆ 有の場合
 - ProteinS 欠乏症
 - ProteinC 欠乏症
 - 第XIII因子欠乏症
- ・ ☆ 今回の妊娠での治療について
 - 治療なし
 - 低用量アスピリン療法
 - 低用量アスピリン及びヘパリン療法
 - その他の治療（内容： ）

※ 本個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【自治体記入欄】 都道府県等名： 報告No：