

鹿児島市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不育症の検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

(署名又は記名押印)

【医療機関記入欄】

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療等期間 ※1	開始日: 年 月 日 ~ 終了日: 年 月 日			
	妊娠の確認: 年 月 日			
終了理由: 出産・流産等・医師の判断(具体的理由:)				
領収金額 ※2の合計と一致すること。	円	※主治医の治療方針に基づき、薬局で処方を受けた場合や、他の医療機関で不育症治療を行った場合は、主治医が患者から不育症治療として支払った全ての領収書の提出を受け、領収金額を記載してください。		
不育症治療の理由 ・主な治療等	流産等の既往: 回 ※直近の流産等を記入(年 月)(年 月)(年 月) □免疫異常 □内分泌異常 □夫婦染色体異常 □子宮異常 □その他() 治療内容:			

※1: 開始した日から妊娠が確定し出産(流産または死産を含む)した日又は医師の判断により治療等が終了した日

【実施した不育症の検査及び治療】 該当項目に 、() 内には具体的内容を記載してください。

	項目	助成対象 ※2		助成対象外(参考)		本市記入欄
		保険	金額	保険	金額	
一次検査	抗 CL β 2GPI 複合体抗体	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	抗 CLIgG 抗体	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	抗 CLIgM 抗体	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	ループスアンチコアグラント	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	子宮形態検査	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	内分泌検査	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	夫婦染色体検査	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
選択的検査	抗 PEIgG 抗体	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	抗 PEIgM 抗体	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	第XII因子活性	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	プロテインS活性もしくは抗原	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	プロテインC活性もしくは抗原	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
胎児絨毛染色体検査 ※3		無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
治療	子宮手術()	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	その他 ※日本産科婦人科学会が認める内容に限る。 ()	無 <input type="checkbox"/>	円	有 <input type="checkbox"/>	円	
	□アスピリン療法 □ヘパリン療法	無 <input type="checkbox"/>	円	/		
	有 <input type="checkbox"/>	円				
合計			円		円	

※3: 「先進医療A」に承認されている医療機関で実施した場合は裏面にある不育症検査結果個票もご記入ください。

(裏)

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

- 1 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）
- 2 母親年齢（____歳） 父親年齢（____歳）
- 3 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 〕
- 4 不妊治療の有無（有・無・不明）、有りの場合不妊期間（____年____ヶ月）
- 5 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：_____）
- 6 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
- 7 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
- 8 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：_____）

※ 不育症検査結果個票は、1から8までに記載された内容について、受検した個人及び実施医療機関が特定されない情報として国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される場合があります。