様式第２号（第５条関係）

**不育症治療費助成受診等証明書**

次の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名生年月日 | 夫 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 妻 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |  | 　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
|  |  |
| 既往歴 | 今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **初　回　申　請　の　み　記　入** | 検査実施医療機関 | ※治療実施医療機関と同じ場合は記入不要です。医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所： |
| 検査期間 | 　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日【検査結果判明日：　　　　　年　　　月　　　日】 |
| 検査内容 | 実施した検査の□に✔を記入してください。その他については内容を簡潔に記入してください。 |
| □子宮形態検査 | □夫婦染色体検査 | □内分泌検査 | □抗リン脂質抗体検査 | □凝固因子検査 |
|  | □経腟超音波 |  | □甲状腺機能 |  | □抗カルジオリピンβ 2グルコプロテイン I 複合体抗体 |  | □第Ⅻ因子活性 |
| □子宮卵管造影 | □糖尿病検査 | □プロテインS活性もしくは抗原 |
| □子宮鏡 | □その他【内容】   | □ループスアンチコアグラント |
| □MRI | □抗カルジオリピンIgG 抗体 | □プロテインC活性もしくは抗原 |
| □その他【内容】  | □抗カルジオリピンIgM 抗体 |
| □抗PEIgG 抗体 | □APTT |
| □抗PEIgM 抗体 | □その他【内容】 |
| □その他【内容】　　　　　　 　 |
| 治療期間 | ※治療を実施していない場合は記入不要です。　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 治療内容 | ※治療を実施していない場合は記入不要です。該当するものの□に✔を記入してください。 |
| □ A手術療法 | □ Dインスリン |
| □ B着床前診断 | □ E低用量アスピリン療法 |
| □ C抗甲状腺薬甲状腺ホルモン剤 | □ Fヘパリン療法 |
| □ Gカウンセリング |
| 治療結果 | 該当するものの□に✔を記入してください。 |
| □ 医師の判断により治療を実施せず | 【医師が判断した日：　　　　年　　月　　日】 |
| □ 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定) | 【医師が判断した日：　　　　年　　月　　日】 |
| □ 医師の判断により治療を終了 |
| □ 出産等（又は治療A，Bの終了） | 【出産等した日：　　　　年　　月　　日】 |
| 領収金額 | 検査 | 保険診療分 | 円 |
| 保険外診療分 | 円 |
| 治療 | 保険診療分 | 円 |
| 保険外診療分 | 円 |
| 合　　　計 | 円 |
| 備　考 |  |

医療機関記入欄（治療を行った医療機関の主治医が記入すること）