

不育症治療受診に関する証明書

年 月 日

新冠町長 様

医療機関 所在地

名称

主治医名

(TEL)

下記の者に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下記のとおり受領したことを証明します。

医療機関記入欄 ※実施した検査及び治療の□に✓や内容を記入してください。

受診者氏名	夫		妻					
生年月日		年 月 日生		年 月 日生				
既往歴	今回の検査・治療以前の流産、死産、早期新生児死亡の既往について記入してください。							
検査日（期間）	年 月 日 ～ 年 月 日							
区分	実施	検査名	実施	検査名	備考			
検査	子宮形態検査	<input type="checkbox"/> 経膈超音波検査	<input type="checkbox"/>	子宮鏡				
		<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影	<input type="checkbox"/>	MR I				
		<input type="checkbox"/> その他（ ）						
	染色体検査	<input type="checkbox"/>	夫婦染色体検査	<input type="checkbox"/>	流産胎児の絨毛染色体検査			
	内分泌検査	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能	<input type="checkbox"/>	その他 ()			
		<input type="checkbox"/>	糖尿病検査					
	抗リン脂質抗体検査	<input type="checkbox"/>	抗カルジオリピンβ2グルコプロテインI複合体抗体					
		<input type="checkbox"/>	ループアンチコアグラント				<input type="checkbox"/>	抗PEIgG抗体
		<input type="checkbox"/>	抗カルジオリピンIgG抗体				<input type="checkbox"/>	抗PEIgM抗体
		<input type="checkbox"/>	抗カルジオリピンIgM抗体					
		<input type="checkbox"/>	その他（ ）					
	凝固因子検査	<input type="checkbox"/>	第XII因子活性	<input type="checkbox"/>	APTT			
		<input type="checkbox"/>	プロテインS活性もしくは抗原	<input type="checkbox"/>	その他 ()			
		<input type="checkbox"/>	プロテインC活性もしくは抗原					
	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
治療	<input type="checkbox"/> 手術療法		<input type="checkbox"/> インスリン					
	<input type="checkbox"/> 着床前診断		<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法					
	<input type="checkbox"/> 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤		<input type="checkbox"/> ヘパリン療法					
	<input type="checkbox"/> カウンセリング		<input type="checkbox"/> その他（ ）					
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				

※治療に直接関係のない文書料、個室料等の費用は除いて下さい。