

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（ ） | | | | | | | |
| | 染色体等検査 | <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 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 流死産検体を用いた遺伝子検査 | | / | | | | | |
| | 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グロブリン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 | 治療内容 | | <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。