

不育症治療受診等証明書

下記の者については、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
 名称
 主治医氏名

㊟

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな)		()		()
受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回行った 治療内容 について、 該当箇所を記入 してください。 日程、経過等は余白に記入 してください。				
【不育症のリスク因子の検査】				
・一次スクリーニング				
		抗リン脂質抗体	実施	・ 未実施
		夫婦染色体検査	実施	・ 未実施
・選択的検査				
		抗リン脂質抗体	実施	・ 未実施
		血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	実施	・ 未実施
・絨毛染色体検査				
			実施	・ 未実施
【不育症の治療】				
		低用量アスピリン療法	実施	・ 未実施
		ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)	実施	・ 未実施
		その他 ()		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額 (本人負担額)	不育症治療に係る総額 円 (※「その他」の治療がある場合その金額 円)			

注1 不育症治療の検査・治療内容の詳細は、次のとおりです。

① 不育症の検査		
(1) 不育症のリスク因子の検査		
検査内容		検査項目
一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテインI (CL β_2 GPI) 複合体抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
		ループスアンチコアグラント
	夫婦染色体検査	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原
	APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	
(2) 絨毛染色体検査		
② 不育症の治療		
(1) 低用量アスピリン療法		
(2) ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)		

- 2 上記以外の検査・治療は、「その他」に記載してください。
- 3 院外処方が有る場合、不育症治療に係る総額に薬局の領収書から本人負担額を加えてください。
- 4 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含まないでください。

