

浦臼町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、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

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名

印

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)

受診者 氏名 生年月日	夫 () 年 月 日生(歳)	妻 () 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。				
前回申請時から追加検査がない場合は記入不要	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：			
	検査日 (期間)	年 月 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。			
		<table border="1"> <tr> <td>子宮形態検査 経膈超音波 子宮卵管造影 子宮鏡 MRI その他 【内容】</td> <td>染色体検査 夫婦染色体検査 流産胎児の 絨毛染色体検査</td> <td>内分泌検査 甲状腺機能 糖尿病検査 その他 【内容】</td> <td>抗リン脂質抗体検査 抗カルジオリピン 2 グルコプロテイン I 複合体抗体 ループスアンチコアグラント 抗カルジオリピン IgG 抗体 抗カルジオリピン IgM 抗体 抗 PEIgG 抗体 抗 PEIgM 抗体 その他 【内容】</td> <td>凝固因子検査 第 因子活性 プロテイン S 活性 もしくは抗原 プロテイン C 活性 もしくは抗原 APTT その他 【内容】</td> </tr> </table>	子宮形態検査 経膈超音波 子宮卵管造影 子宮鏡 MRI その他 【内容】	染色体検査 夫婦染色体検査 流産胎児の 絨毛染色体検査	内分泌検査 甲状腺機能 糖尿病検査 その他 【内容】
子宮形態検査 経膈超音波 子宮卵管造影 子宮鏡 MRI その他 【内容】	染色体検査 夫婦染色体検査 流産胎児の 絨毛染色体検査	内分泌検査 甲状腺機能 糖尿病検査 その他 【内容】	抗リン脂質抗体検査 抗カルジオリピン 2 グルコプロテイン I 複合体抗体 ループスアンチコアグラント 抗カルジオリピン IgG 抗体 抗カルジオリピン IgM 抗体 抗 PEIgG 抗体 抗 PEIgM 抗体 その他 【内容】	凝固因子検査 第 因子活性 プロテイン S 活性 もしくは抗原 プロテイン C 活性 もしくは抗原 APTT 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。 該当するものに✓を記入してください。				
	A 手術療法 B 着床前診断 C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	D インスリン E 低用量アスピリン療法 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				

