

小松島市不育症治療費等助成事業受診証明書

次の者については、小松島市不育症治療費助成等事業実施要綱第2条第3号の規定により、流産、死産のいずれかの状態に合計2回以上該当した既往があることから、不育症の検査及び治療を実施以下のとおりしたことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

	対象となる検査及び治療を受けた者		配偶者（事実婚を含む）	
ふりがな 氏 名				
生年月日 (年齢)	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

実施した検査及び治療

- ・不育治療等として実施した検査及び治療のみ、に✓印を記入のうえ、実施月に○を記載してください。
- ・院外処方等で、別途費用が発生する場合にも実施月に○を記載してください。

	医療保険が適用された検査及び治療	実施月
検査	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβグロブリンI複合抗体	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンIgG抗体	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	抗カルジオリピンIgM抗体	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	抗β2グロブリンIIgG抗体	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	抗β2グロブリンIIgM抗体	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント定量、定性	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> APTT（活性化部分プロトロンビン時間）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> プロテインS活性又はS抗原	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> プロテインC活性又はC抗原	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> 凝固因子（第XII因子）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> アンチトロンビン活性（AT）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> プロラクチン（PRL）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> トリヨードサイニロン（T3）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> 甲状腺刺激ホルモン（TSH）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> 遊離サイロキシン（FT4）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> 遊離トリヨードサイニロン（FT3）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)	
<input type="checkbox"/> 流産絨毛染色体検査	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)	
治療	<input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)
	<input type="checkbox"/> ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む）	(4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2・3)