

様式第3号（第11条関係）

御殿場市不育症治療費用助成事業受診等証明書

次の者については、不育症治療が必要なため、次のとおり医療保険適用外の治療を実施したことを証明します。

年 月 日

御殿場市長 様

所在地
医療機関 名称
主治医氏名

印

実施医療機関記入欄（太枠内は主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
当該患者が今回行った不育症治療について、該当する箇所を記入してください。 【不育症の検査】 (1) 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 {実施日又は期間 () ・ 未実施} 夫婦染色体検査 {実施日又は期間 () ・ 未実施} ・選択的検査 抗リン脂質抗体 {実施日又は期間 () ・ 未実施} 血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査） {実施日又は期間 () ・ 未実施} (2) 絨毛染色体検査 {実施日又は期間 () ・ 未実施} 【不育症の治療】 (1) 低用量アスピリン療法 {実施日又は期間 () ・ 未実施} (2) ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。） {実施日又は期間 () ・ 未実施}				
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
○ 治療の経過等（治療を中断した場合はその経過を含む。）について記入してください。				
今回の治療に係る医療保険適用外領収金額	円			

(裏面)

1 不育症に係る検査・治療の内容は、次のとおりです。

(1) 不育症の検査		
ア 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 GP I) 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活性又はプロテインS抗原
		プロテインC活性又はプロテインC抗原
	A P T T (活性化部分トロンボプラスチン時間)	
イ 絨毛染色体検査		
(2) 不育症の治療		
ア 低用量アスピリン療法		
イ ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)		

2 不育症治療に係る院外処方がある場合は、当該額を加えてください。

3 文書料、入院費、食事代、個室料等治療に直接関係のない費用は、除いてください。