

## 不育症治療受診に関する証明書

令和 年 月 日

新冠町長様

医療機関所在地

名称

主治医名

印

(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 生年月日		夫	昭和・平成 年 月 日		妻	昭和・平成 年 月 日		
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）		平成・令和 年 月 日		～		平成・令和 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"/>	MRI		
		<input type="checkbox"/>	その他（ ）					
	染色体検査	<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		
	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"/>	抗PEIgG抗体		
		<input type="checkbox"/>	ループアンチコアグラント			抗PEIgM抗体		
		<input type="checkbox"/>	抗カルジオリピンIgG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			その他		
		<input type="checkbox"/>	プロテインC活性もしくは抗原			（ ）		
治療期間		平成・令和 年 月 日		～		平成・令和 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。