

豊富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、これに係る治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

㊟

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	( )	妻	( )	
		昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)		昭和 平成 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。				
初回申請のみ記入	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：			
	検査期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 【検査結果判明日：平成 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。			
	<input type="checkbox"/> 子宮形態検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> 子宮鏡 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査	<input type="checkbox"/> 内分泌検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能 <input type="checkbox"/> 糖尿病検査 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査 <input type="checkbox"/> 抗カルジオリピンβ 2 グルコプロテイン I 複合体抗体 <input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント <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"/> 抗 PEIgG 抗体 <input type="checkbox"/> 抗 PEIgM 抗体 <input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 凝固因子検査 <input type="checkbox"/> 第Ⅻ因子活性 <input type="checkbox"/> プロテイン S 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> プロテイン C 活性 もしくは抗原 <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> 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。 平成 年 月 日 ~ 平成 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。 該当するものの□に✓を記入してください。				
	<input type="checkbox"/> A 手術療法 <input type="checkbox"/> B 着床前診断 <input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<input type="checkbox"/> D インスリン <input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> F ヘパリン療法 <input type="checkbox"/> G カウンセリング			
治療結果	該当するものの□に✓を記入してください。				
	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を実施せず			【医師が判断した日：平成 年 月 日】	
	<input type="checkbox"/> 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：平成 年 月 日】	
	<input type="checkbox"/> 医師の判断により治療を終了				
	<input type="checkbox"/> 出産等 (又は治療 A, B の終了)			【出産等した日：平成 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					