

旭川市不育症治療費補助に係る受診等証明書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

次の者について、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次のとおり領収したことを証明します。

医療機関名

医療機関所在地

主治医氏名 _____ ㊞

受診者氏名 生年月日	夫	()	妻	()
		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。			
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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 【検査結果判明日：令和 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"/> 染色体検査	<input type="checkbox"/> 内分泌検査	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査
	<input type="checkbox"/> 経膈超音波	<input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリビンβ 2 グロブリン I 複合体抗 体
	<input type="checkbox"/> 子宮卵管造影	<input type="checkbox"/> 流産胎児の 絨毛染色体検査	<input type="checkbox"/> 糖尿病検査	<input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント
	<input type="checkbox"/> 子宮鏡	<input type="checkbox"/> 流死産検体を用いた 遺伝子検査	<input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 抗カルジオリビン IgG 抗体
	<input type="checkbox"/> MRI			<input type="checkbox"/> 抗カルジオリビン IgM 抗体
<input type="checkbox"/> その他 【内容】	<input type="checkbox"/> 次世代シーケンサ ーを用いた流死産 絨毛・胎児組織染色 体検査		<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"/> 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。 令和 年 月 日 ~ 令和 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"/> D インスリン		
	<input type="checkbox"/> B 着床前診断	<input type="checkbox"/> E 低用量アスピリン療法		
	<input type="checkbox"/> C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	<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。 院外処方の有無※1 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
	<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：令和 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：令和 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：令和 年 月 日】	
領収金額 ※2	検査	保険診療分		円
		保険外診療分		円
		(先進医療分)		円
	治療	保険診療分		円
		保険外診療分		円
合 計				円

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)

※1) 院外処方が「有」の場合は院外処方に要した費用も対象となります。

※2) 不育症の検査及び治療に要した費用のみご記入ください。入院費、食事代、文書料、暖房料等の直接治療に関わらない費用は除きます。先進医療 (流死産検体を用いた遺伝子検査) に該当された場合、検査費用をご記入ください。