

札幌市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、流産等の既往が2回以上あることから、不育症の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徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

㊞

※医療機関記入欄（主治医が記載してください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫		妻	
	（ ）		（ ）	
生年月日	昭・平 年 月 日（ 歳）		昭・平 年 月 日（ 歳）	
流産等既往 <small>※直近の2回をご記入ください</small>	1回目	妊娠週数（ ）週 年 月頃	2回目	妊娠週数（ ）週 年 月頃
	医療機関名		医療機関名	
	その他 (死産、新生児死亡等)	既往時期、医療機関名等を記載してください。		
今回の治療等期間 ※1	開始日： 年 月 日 ～ 終了日： 年 月 日			
	終了理由： 出産・流産・医師の判断（具体的理由： ）			
領収額合計 (自己負担額)	¥ _____ <small>(最終領収年月日 年 月 日)</small>		他院での治療等（治療等内容と医療機関名を記載してください） 〔 _____ 〕	
	院外処方投薬の有無		有 ・ 無	

※1：検査（又は治療）を開始した日から、妊娠が確定し出産（流産または死産を含む）した日又は医師の判断により治療等が終了した日又は他医療機関を紹介し自院での治療等が終了した日

【実施した不育症の検査及び治療】 該当項目に☑または必要事項を記載してください。

区分	実施有	項目	保険適用有	札幌市備考欄
検査	<input type="checkbox"/>	抗 CL β 2GPI 複合体抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗 CLIgG 抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗 CLIgM 抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	ループスアンチコアグラント	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗 PEIgG 抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	抗 PEIgM 抗体	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	第XII因子活性	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	プロテインS活性もしくは抗原	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	プロテインC活性もしくは抗原	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	APTT	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	子宮形態検査	<input type="checkbox"/>	
治療 <small>()には具体的内容を記載してください。</small>	<input type="checkbox"/>	投薬 □アスピリン療法 □ヘパリン療法	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	手術（ ）	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	その他医師が必要と認める治療 ※日本産科婦人科学会が認める内容に限る （ ）	<input type="checkbox"/>	