不育症検査結果個票

流死産検体を用いた遺伝子検査

（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）

受検者氏名：　　　　　　　　　実施医療機関名：

※　国への報告時は秘匿　　　　※　国への報告時は秘匿

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療を実施している。

（該当することを確認の上、□に✓をいれてください。）

* 領収金額： 円（検査実施日　　　年　　　月　　　日）

※　医療機関が受検者から検査費用として領収した額

* 検査結果

□所見なし（46, XX 46, XY)

□所見あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□分析不可

* 母親年齢（　　歳）
* 既往流死産回数　　回（今回を含む）
* 今回の妊娠における不妊治療の有無（有・無・不明）

有りの場合不妊期間（ 年　 ヶ月）

* 今回の妊娠における不育症治療の有無（有・無）

有りの場合、治療内容（　　　　　　　　　）

※本個票は、個人が特定されない形で国に提出されます。当該検査結果等について、国が集約・分析等を行い、施策の検討に活用されます。

【自治体記入欄】 都道府県等名： 報告Ｎｏ：