

別紙 1

不育症検査 結果個票 (先進医療として告示された不育症検査)

(ふりがな)
受検者氏名: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

実施医療機関名: _____

領収金額: _____ 円 (先進医療の検査費用に限る)

- 既往流死産回数
_____ 回
※今回の流死産を含む (助成金の対象者となるのは、2回以上の場合)
- 今回の妊娠における不妊治療の有無
有り (治療期間 _____ 年 _____ ヶ月) ・ 無し ・ 不明
- 今回の妊娠における不育症治療の有無
有り (治療内容 _____) ・ 無し
- 実施した先進医療の検査
(_____)
- 検査実施日
_____ 年 _____ 月 _____ 日
- 検査結果
所見なし (46, XX 46, XY) ・ 所見あり (内容: _____) ・ 分析不可

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