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）

□　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、保険診療で

実施している。（該当することを確認の上、□に✔を入れてください。）

* 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

**□**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

所見なし（46,XX 46,XY) ・ 所見あり（内容：　　　　　　　） ・ 分析不可

**□**　抗ネオセルフβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体検査

陽　性　　 ・　　　陰　性

※　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。