

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）

☐ 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 $\beta 2$ 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。