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β2グリコプロテインⅠ複合体抗体検査
陽　性　　・　　陰　性

□　流死産絨毛・胎児組織 NGS 染色体検査
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。