様式第３号の２（第５条関係）

不育症検査結果個票

（該当の項目の□に✓を入れてください）

1. 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、下記の通り実施している。
   □保険で実施　□保険診療外で実施

2. 当医療機関は、当該先進医療の検査実施機関として
   □届出又は承認がされている　□届出又は承認がされていない

（ふりがな） 受検者	氏名		生 年 月日	年　月　日 （　歳）
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	□あり（治療期間　年　ヶ月） □なし □不明			
今回の妊娠における 不育症治療の有無	□あり（治療内容：　） □なし			
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（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）			