

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	<input type="checkbox"/> あり（治療期間 年 ヶ月） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	<input type="checkbox"/> あり(治療内容: _____) <input type="checkbox"/> なし		
実施した先進医療の 検査	<input type="checkbox"/> 流死産検体を用いた遺伝子検査 （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） <input type="checkbox"/> 抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテイン I 複合体抗体検査		
検査実施日	年 月 日		
検査結果	流死産検体 を用いた 遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 所見なし(46, XX 46, XY) <input type="checkbox"/> 所見あり(内容: _____) <input type="checkbox"/> 分析不可(増殖不良等の理由で分析に至らなかった場合など)	
	抗ネオセルフβ ₂ グリコプロテイン I 複合体抗 体検査	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	