第２号様式（第６条関係）

千歳市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不育症に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名称及び所在地

主 治 医 氏 名　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
生年月日		昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）		昭和 平成　　年　　月　　日生（　　歳）

既往歴		今回の検査及び治療以前の流産・死産・早期新生児死亡の既往歴について記入してください。
前回申請時から追加検査がない場合は記入不要	検査実施医療機関	※治療実施医療機関と同じ場合は記入不要です。 医療機関名：　　住所：
	検査日（期間）	令和　　年　　月　　日　（～令和　　年　　月　　日）
	検査内容	実施した検査の☐に✔を記入してください。その他については内容を簡潔に記入してください。

☐子宮形態検査	☐染色体検査	☐内分泌検査	☐抗リン脂質抗体検査	☐凝固因子検査
☐経腟超音波	☐夫婦染色体検査	☐甲状腺機能	☐抗カルジオリピンβ 2 グルコプロテイン Ⅰ 複合体抗体	☐第Ⅻ因子活性
☐子宮卵管造影	☐流産胎児の絨毛染色体検査	☐糖尿病検査	☐ループスアンチコアグラント	☐プロテイン S 活性もしくは抗原
☐子宮鏡		☐その他【内容】	☐抗カルジオリピン IgG 抗体	☐プロテイン C 活性もしくは抗原
☐MRI			☐抗カルジオリピン IgM 抗体	☐APTT
☐その他【内容】			☐抗 PEIgG 抗体	☐その他【内容】
			☐抗 PEIgM 抗体	
			☐その他【内容】	

治療期間		※治療を実施していない場合は記入不要です。 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
治療内容		※治療を実施していない場合は記入不要です。 該当するものの☐に✔を記入してください。

☐ A 手術療法	☐ D インスリン
☐ B 着床前診断	☐ E 低用量アスピリン療法
☐ C 抗甲状腺薬 甲状腺ホルモン剤	☐ F ヘパリン療法
	☐ G カウンセリング

治療結果	該当するものの☐に✔を記入してください。
	☐ 医師の判断により治療を実施せず　【医師が判断した日：令和　　年　　月　　日】
	☐ 他の診療科(産科・婦人科以外)において治療を実施(予定)　【医師が判断した日：令和　　年　　月　　日】
	☐ 医師の判断により治療を終了
	☐ 出産等（又は治療 A，B の終了）　【出産等した日：令和　　年　　月　　日】

領収金額	検査	保険診療分	円
		保険外診療分	円
	治療	保険診療分	円
		保険外診療分	円
	合　　計		円
備　考			