



- 1 当該患者に関して行った不育症治療に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 検査治療内容は下記より記号で記入してください。（複数選択可）

検査内容		検査項目	
検	一次スクリーニング	①抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グロコプロテイン I (CL $\beta_2$ GPI)複合体抗体
			抗カルジオリピン (CL) IgG抗体
			抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
			ループスアンチコアグラント
	②夫婦染色体検査		
査	選択的検査	③抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
			抗PEIgM抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	④血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第XII因子活性	
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原	
		プロテインC活性もしくはプロテインC抗原	
⑤絨毛染色体検査		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	
治療	⑥低用量アスピリン療法		
	⑦ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む)		

- 4 上記の検査治療内容に含まれない不育症治療に係る費用及び保険診療適用自己負担分は含めないでください。