

土庄町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり不育症治療のためのヘパリン療法を実施したことを証明する。

年 月 日

医療機関の
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） 氏名	（ ）	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 （ 歳）
既往歴	<input type="checkbox"/> 流産（ 回） <input type="checkbox"/> 死産（ 回） <input type="checkbox"/> 早期新生児死亡（ 回）			
ヘパリン療法の適用理由	<input type="checkbox"/> 抗CLβ ₂ GPI複合体抗体陽性 <input type="checkbox"/> 抗CL Ig G抗体陽性 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
治療内容	主なヘパリンの投与方法	<input type="checkbox"/> 在宅自己注射 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	ヘパリン投与の単位、回数等	<input type="checkbox"/> 未分画ヘパリン <input type="checkbox"/> 低分子量ヘパリン 単位/回、 回/日		
	併用した治療薬の有無	<input type="checkbox"/> あり（併用薬剤名： ） <input type="checkbox"/> なし		
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで （妊娠 週） （妊娠 週）			
治療結果	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産・流産 <input type="checkbox"/> 妊娠継続中 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
複数の医療機関と連携して治療を行った場合	連携医療機関の名称		治療内容	
院外処方による投薬の有無			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
備考欄	（特記事項がある場合、その他の内容の記入枠が不足の場合は、ここにご記入ください。）			

（複数の医療機関で治療を受けた場合は、治療の中心となった医療機関で証明を受けてください。）