様式第2号（第6条関係）

三木町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、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　　印
（署名又は記名押印）

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

<table>
<tr><td>（ふりがな）
受診者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="4">□流産（　　回）　□死産（　　回）　□早期新生児死亡（　　回）</td></tr>
<tr><td>ヘパリン療法の適応理由</td><td colspan="4">□ 抗CLβ2GPI複合抗体陽性　□ ﾙｰﾌﾟｽｱﾝﾁｺｱｸﾞﾗﾝﾄ検査陽性
□ 抗CLIgG抗体陽性　□ 抗CLIgM抗体陽性
□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療内容</td><td>主なヘパリンの投与方法</td><td colspan="3">□ 在宅自己注射　□ 外来
□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>ヘパリン投与の単位、回数等</td><td colspan="3">□ 未分画ヘパリン　□ 低分子量ヘパリン
単位/回　回/日</td></tr>
<tr><td>併用した治療薬の有無</td><td colspan="3">□ あり（併用薬剤名：　　）
□ なし</td></tr>
<tr><td>治療期間</td><td colspan="4">年　月　日　から　年　月　日　まで
（妊娠　週）　（妊娠　週）</td></tr>
<tr><td>治療結果</td><td colspan="4">□ 出産　□ 死産・流産　□ 妊娠継続中
□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">複数の医療機関と連携して治療を行った場合</td><td colspan="2">連携医療機関の名称</td><td colspan="2">治療内容</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">院外処方による投薬の有無</td><td colspan="2">□ あり　□ なし</td></tr>
<tr><td>備考欄</td><td colspan="4">（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。）</td></tr>
</table>

（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。）