

不育症検査結果個票（流産検体を用いた染色体検査）

受検者氏名：

実施医療機関名：

※ 国への報告時は秘匿

※ 国への報告時は秘匿

領収金額： _____ 円

※医療機関が受検者から検査費用として領収した額

●流産絨毛染色体分析結果

所見なし（46, XX 46, XY）

所見あり（内容： _____）

分析不可（増殖不良などの理由で分析に至らなかった場合など）

●母親年齢（ ____ 歳） 父親年齢（ ____ 歳）

●既往妊娠回数

（妊娠 ____ 回（今回を含む）

生産 ____ 回、生化学的妊娠（化学流産） ____ 回、

流産（生化学的妊娠を含まない） ____ 回、異所性妊娠（子宮外妊娠） ____ 回

●不妊治療の有無（有・無・不明）、有りの場合不妊期間（ ____ 年 ____ ヶ月）

●抗リン脂質抗体症候群の有無（有・無・不明）

・今回の妊娠での治療

治療なし

低用量アスピリン療法

低用量アスピリン及びヘパリン療法

その他の治療（内容： _____）

●子宮形態異常（子宮奇形）の有無（有・無・不明）

・有の場合

子宮鏡下中隔切除術施行

その他の治療（内容： _____）

治療なし

●甲状腺機能異常の有無（有・無・不明）

・有の場合

治療あり（内容： _____）

治療なし

●血栓性素因の有無（有・無・不明）

・有りの場合

ProteinS欠乏症

ProteinC欠乏症

第XIII因子欠乏症

・今回の妊娠での治療について

治療なし

低用量アスピリン療法

低用量アスピリン及びヘパリン療法

その他の治療（内容： _____）

※本個票は、受検者氏名、実施医療機関名を秘匿とした上で、国に報告され、当該検査の保険適用に向けた検討等に活用される可能性があります。

【自治体記入欄】 都道府県等名： _____

報告No： _____