



様式第 2 号（第 5 条関係）（裏面）

※今回の検査・治療のうち、下記に該当するものがありましたら、ご記入ください。

【保険適用外の検査及び治療】

区 分	項 目		実施の 有無	金額
検査 (一次スク リーニング)	抗リン 脂質抗 体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グルコプロテイン I 複合体抗体	有・無	
		抗カルジオリピン IgG 抗体	有・無	
		抗カルジオリピン IgM 抗体	有・無	
		ループスアンチコアグラント	有・無	
	夫婦染色体検査		有・無	
検査 (選択的 検査)	抗リン 脂質抗 体	抗 PEI gG 抗体 (抗フォスファチジルエタノ ールアミン抗体)	有・無	
		抗 PEI gM 抗体 (抗フォスファチジルエタノ ールアミン抗体)	有・無	
		抗 PS/PT 抗体 (フォスファチジルセリン依 存性抗プロトロンビン抗体)	有・無	
	凝固因 子検査	第XII因子活性	有・無	
		プロテイン S 活性又はプロテイン S 抗原	有・無	
		プロテイン C 活性又はプロテイン C 抗原	有・無	
		APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)	有・無	
治療	低容量アスピリン療法		有・無	
	ヘパリン療法 (ヘパリン在宅自己注射療法を含む) ※ 2		有・無	

※ 1 : 兵庫県不育症検査費用助成事業 (国庫補助事業) の助成を受ける検査の費用は、当事業の助成対象となりません。

※ 2 : ヘパリノイド (ダナパロイドナトリウムを使用するものを含む。)

※ 3 : 実施の有無についてどちらかに○をしてください。実施の場合は必ず金額を記入してください。