

久留米市長 殿

所在地
名称
代表者名

久留米市 AMH 検査費助成事業申請書兼実施報告書

次のとおり久留米市 AMH 検査費助成事業の「受検対象者」であり、検査を実施したので報告します。

太枠内を受検者をご記入ください。

(当事業の対象者ではなく、検査を受けた場合は医療機関へ別途支払いが生じます)

受検者記入欄	氏名		連絡先	
	住所	久留米市		
	<問診票> あてはまるところに□に✓または記入をしてください。			
	1. 年度末に30歳～39歳になりますか。 生年月日：昭和・平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> はい (歳) <input type="checkbox"/> いいえ → [対象外]			
	2. 過去にAMH検査(抗ミュラー管ホルモン検査)を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 保険診療にて受けた。(いつ： 年 月頃) <input type="checkbox"/> 久留米市のAMH検査費助成事業で受けた。 → [対象外]			
3. プレコンセプションケアの取組の一環として、卵子の数の目安を調べることを理解した上で、「AMH検査(血液検査)」を受け、結果の説明を受けることに同意しますか。 <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません → [対象外]				
検査結果等(医療機関記入欄)	受検日	令和 年 月 日	自己負担金500円徴収済み <input type="checkbox"/>	
	結果説明日(再診日)	令和 年 月 日		
	AMH検査結果	ng/mL (基準以下・基準内・基準以上)	結果説明	実施・未実施
	その他	市へ連絡事項 無・有 ()		
	記入者	医師名：		