**AMH検査結果報告書及び主治医意見書**

大阪府早発卵巣不全患者等妊よう性温存治療助成試行事業に基づく卵巣予備能検査として、下記の者に対し抗ミュラー管ホルモン（AMH）検査を実施したところ、検査測定値が下記のとおりであったことを報告します。今後の方針についての意見は以下のとおりです。また、AMH検査及びカウンセリングに係る医療費を領収したことを証明します。

令和　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地

及 び そ の 名 称

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)  受 診 者 氏 名 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 受診者生年月日 | （ 昭和 ・ 平成 ・ 西暦 ）　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　（　　　　　　　歳） | |
| AMH検査結果報告書  今回のAMH検査結果について記入してください。  ○検査実施日　　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　○検査測定値　　　　　　　　　 　　　　　　ng／mL | | |
| 主治医意見書  　〇カウンセリング実施日　　令和　　　　年　　　月　　　日  以下に該当する場合は☑を付けてください。（両方に該当する者のみが本事業の卵子凍結助成を受けることができます。）  　□　AMH値が1.00 ng/mL以下である。  　□　不妊治療をうける予定がなく、本試行事業における卵子凍結等の対象者として適当。  その他の方針・指導事項があれば以下に記載してください。 | | |
| ○AMH検査及びカウンセリングに要した費用の領収年月日  AMH検査 令和　　年　　月　　日  カウンセリング 令和　　年　　月　　日 | | 領収金額　　　　　　　　　　　　円  うち、対象金額※　　　　　　　　　　　　円  （※初診料、再診料、助言相談料、検査料のみ。保険外診療に限る） |

注意事項

* 年月日は、医師が本書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
* 医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
* 医師氏名は、必ず本書を作成した医師の氏名を記載してください。
* 検査内容について、一次的に行政が審査を行いますが、後日専門医の二次審査を受けることがあります。その際に内容について、特に必要と認める範囲で医師に照会を行うことがあります。
* 領収年月日は、今回のAMHの値を測定するための検査に対する支払いを受けた年月日を記載してください。
* 領収金額のうち、対象となる金額は保険外診療のAMH検査に係る初診料、再診料、助言相談料、検査料に限ります。その他の検査費用は助成対象となりません。

※申請者の申請期限は、「原則として、AMH検査及びカウンセリングに要した費用の領収日の属する年度の末日」　です。

【問合先】〒540－8570　　大阪市中央区大手前２－１－２２

　　　　　大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ

　　　　電話：06-6941-0351(内線2544)　　FAX：06-4792-1722