

久留米市長 殿

所在地
名称
代表者名

久留米市プレコンセプションケア相談支援事業申請書兼実施報告書

次のとおり久留米市プレコンセプションケア相談支援事業の対象者であり、事業内容を実施したので報告します。

太枠内を相談者をご記入ください。

- 注意 1) AMH検査は、自己負担があります。
注意 2) 当事業対象外の場合は、AMH検査の自己負担以外にも医療機関への支払いが生じます。
注意 3) いかなる場合においても、配付された葉酸サプリメントの譲渡・転売を禁止します。

相 談 者 記 入 欄	基本情報	氏 名		生年月日	年 月 日	
		住 所	久留米市			
		連絡先				
	以下の内容に☑または記入してください。					
	☐ 令和 8 年 10 月 1 日から本日まで当事業を利用していない。 ☐ 利用済み → <u>[当事業対象外]</u>					
	☒ 相談希望（必須内容です）					
	☐ 葉酸サプリメント配付希望		現在、妊娠していますか？ ☐ いいえ ☐ はい → <u>[葉酸配付は対象外]</u>			
	☐ AMH検査希望		令和 6 年 10 月 1 日から令和 8 年 9 月 30 日までに「久留米市 AMH 検査費助成事業」を受けましたか。 ☐ いいえ ☐ はい → <u>[AMH 検査は対象外]</u>			
			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。 ☐ いいえ ☐ 保険診療にて受けた。（ 年 月頃） ☐ 生殖補助医療で受診または治療中 → <u>[AMH 検査は対象外]</u>			
			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。 ☐ 同意します ☐ 同意しません → <u>[AMH 検査は対象外]</u>			
医 療 機 関 記 入 欄	相談日	令和 年 月 日（サプリメント配付日及び AMH 検査日も同日になります）				
	当事業対象者であるかの確認	☐ マイナンバーカード等の身分証明書にて確認済み ☐ 年度末の年齢を確認済み（実施年度発行のチラシ等を参照ください）				
	実施内容	☐ 相談 ☐ 月経のこと ☐ 妊娠・出産のこと ☐ 不妊のこと ☐ 避妊のこと ☐ 性感染症のこと ☐ がん検診のこと ☐ その他（ ） ☐ 葉酸サプリメント配付 ☐ AMH 検査（☐ 自己負担金 500 円を徴収済み）				
	AMH 検査の場合	結果説明日	令和 年 月 日			
		結果	ng/mL（基準以下 ・ 基準内 ・ 基準以上）			
	その他	市へ連絡事項 無 ・ 有				
記入者	医師名：					