様式6

**不育症症例目録**

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号＊ | 施設名 | 初診  年/月 | 検査結果 / 診断 | 妊娠中の管理  帰結 |
| 例 | ○○病院 | 2023/1 | ループスアンチコアグラント2回陽性/抗リン脂質抗体症候群 | 低用量アスピリン、ヘパリン投与/39週2970g男児経腟分娩(Ap8/9) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

＊申請者が自分で照合できる番号・記号などを独自につけること。この書面にはIDなど記載しない。

適宜枠を広げて記載可。