

別表（第4条関係）

検査	推奨検査	子宮形態検査	3D超音波検査
			ソノヒステログラフィー（2D超音波検査）
			子宮卵管造影検査（HSG）
		内分泌検査	TSH、fT4
		夫婦染色体検査	染色体G分染法
		流死産・胎児絨毛染色体検査（G分染色法）	
		抗リン脂質抗体	抗 $\beta_2$ GPI IgG抗体
			抗 $\beta_2$ GPI IgM抗体
			$\beta_2$ GPI依存性抗カルジオリピン抗体（IgG）
			抗カルジオリピン IgG抗体
	抗カルジオリピン IgM抗体		
	ループスアンチコアグラント（LA）		
	選択的検査	抗リン脂質抗体	抗フォスファチジルエタノールアミン（PE）抗体IgG
			抗フォスファチジルエタノールアミン（PE）抗体IgM
			フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン（PS/Pt）
			ネオセルフ抗体（抗 $\beta_2$ グリコプロテインI/HLA-DR抗体）
		子宮形態検査	MRI
			子宮鏡検査
		血栓性素因関連検査	プロテインS
第XII因子凝固活性			

		プロテインC
		アンチトロンビン
	自己抗体検査	抗TPO抗体
		抗核抗体
	その他市長が必要と認めたもの	
治療	アスピリン療法	
	ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射を含む。）	
	医師が不育症の治療として必要と認めたもの	

備考

検査項目「その他市長が必要と認めたもの」は、「不育症管理に関する提言」改訂委員会公表の最新の「不育症管理に関する提言」に定められた「推奨検査」「選択的検査」に該当するものとする。