

表1別表（第4条関係）

検査	一次スクリーニング	子宮形態検査	子宮卵管造影検査（HSG）	
			Sonohysterography(子宮腔内液体注入法)	
			二次元、三次元経膈超音波検査	
			中隔子宮と双角子宮の鑑別に用いるMRI検査・超音波検査	
		内分泌検査	甲状腺機能（fT4、TSH）	
			糖尿病検査（血糖値、HbA1c）	
		夫婦染色体検査		
		抗リン脂質抗体	抗リン脂質抗体	抗リン脂質抗体（APL）パネル
				抗β ₂ GP I抗体
				β ₂ GP I依存性抗カルジオリピン抗体
	抗カルジオリピンβ ₂ グリコプロテインI（CLβ ₂ GP I）複合体抗体			
	抗カルジオリピン（CL）IgG抗体			
	抗カルジオリピン（CL）IgM抗体			
	ループスアンチコアグラント			
	選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 （抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	
			抗PEIgM抗体 （抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	
		血栓性素因スクリーニング （凝固因子検査）	第Ⅻ因子活性	
			プロテインS活性又はプロテインS抗原	
	プロテインC活性又はプロテインC抗原 APTT（活性化部分トロンボプラスチン時間）			
	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 「その他市長が必要と認めたもの」とは、「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」又は「選択的検査」に該当するものとする。