

助成の対象となる検査及び治療

| | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------|--|--|
| 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 (APL) パネル | |
| | | | 抗カルジオリピン $\beta 2$ グリコプロテイン I (CL $\beta 2$ GPI) 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 PEI g G 抗体 | |
| | | | 抗 PEI g M 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 | |
| | | | プロテイン C | |
| APPT (活性化部分トロンボプラスチン時間) | | | | |
| その他医療機関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。) | | | |
| | その他医療機関が必要と認めたもの | | | |