

## 生殖補助医療治療計画書

(2022年4月より前に凍結した胚を移植する場合)

医師が記入します。

診断名: ア.卵管性不妊 イ.男子不妊 ウ.機能性不妊 エ.一般不妊治療無効

 胚移植周期 (保険 回目)  制限あり  ホルモン補充周期  排卵周期

## 保険

- 治療計画書の作成。
- 日本産婦人科学会登録施設で保存された胚である。
- 同意書作成。
- 2022年4月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、それ以前に徴収されていない。

保険で行うことが可能な治療には回数制限があります。

治療開始時の採血	感染症採血 ホルモン採血
移植為の薬・注射	薬液濃度・回数制限あり
超音波検査	回数制限あり
胚移植	胚移植 アシステッドハッチング 高ヒアルロン酸培養液
黄体補充	薬液濃度・回数制限あり
妊娠判定	血液検査

## 自費

自費診療を希望される場合、今周期の治療は全て自費診療となり、保険診療との併用はできません。

ご希望の自費診療項目がある場合、ご相談ください。

 PGT-A(着床前診断) PFC-FD その他

## 先進医療: 保険診療と併用可能な技術

 内膜スクラッチ

以下にチェック☑を入れてください。

- 婚姻関係である、もしくは婚姻関係ではないが、パートナーが治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある。
- 治療周期の途中で、保険から自費、自費から保険への変更はできません。
- 保険診療をご希望した場合、治療周期の途中で上記の自費診療はいかなる場合でも実施できません。
- 代筆を含め虚偽の申請が判明した場合、全額自費となります(厚生省の不妊治療に関する支援についてを参照ください)。
- 移植のキャンセルの場合はいかなる場合でもキャンセル料が発生します。

上記事項に理解し同意の上、保険診療を希望します。

同意日: 202 年 月 日

\*上記の同意日は、その周期はじめて受診される日を記入してください。

記入例) 採卵する為に、月経3日目である、2023年10月1日受診 → 同意日: 2023年10月1日で記入

妻 ID: \_\_\_\_\_ / 氏名(自署): \_\_\_\_\_ ( 歳)

夫(パートナー) 氏名: \_\_\_\_\_

\*夫(パートナー)は、6か月に1度もしくは、治療内容変更時受診が必要です。