

生殖補助医療治療計画書

医師が記入します。

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

採卵を実施し、移植可能な胚については全て胚移植を行う。(新鮮胚移植及び解凍胚移植を含む)

備考)

保険

※受精方法について

- 精液所見等により顕微授精が必要な場合は顕微授精を希望する。(レスキュー顕微授精の選択を含む)
*PICSI希望の方もこちらにチェックをお願いします。
- 精液所見に関わらず顕微授精は希望しない。

自費

PGT-A(着床前診断)
PFC-FD
その他

上記の項目は保険診療では行えず、希望される場合は全て自費診療となります。(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はご相談ください。

※胚凍結保存について

⑨凍結胚を全て移植し終わるまでは次の採卵は行えません

- 必ずしてください。
- 分割胚希望 (当院の基準にて移植・凍結致します)
 - 全て凍結
 - _____個まで凍結
 - 胚盤胞希望
 - ① 移植及び凍結基準
 - 当院の基準に任せる
 - I II III IV ランク以上
 - ② 凍結個数
 - 全て凍結
 - _____個まで凍結

※先進医療:保険診療と併用可能な技術

タイムラプス培養器	有・無
SEET法	有・無
子宮内膜スクラッチ	有・無
PICSI	有・無
スパームセパレーター	有・無

↑
希望の有無を記入してください。

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。
- 保険診療では検査の回数、使用できる薬剤、使用できる薬剤量・薬液濃度に制限がありそれを超えるものは実施できません。
- 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)。
- 採卵/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 ※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) 採卵希望で月経3日目の2023年10月1日受診 → 同意日: 2023年10月1日

妻 ID: _____ / 氏名(自署): _____ (歳)

夫(パートナー) 氏名(自署): _____

*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。