

## 生殖補助医療治療計画書

記入します。  
医師が

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

上記診断にて、採卵を実施し、移植可能な胚については新鮮胚移植及び胚凍結、融解胚移植を実施する。  
備考)

## ※受精方法について【どちらかに☑を入れてください】

- ☐ 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。

## ※胚凍結保存について

【どちらかに☑を入れていただき、胚盤胞希望の方は希望の基準に○をしてください】

## ④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

☐ 分割胚希望

※ 当院の基準にて移植・凍結致します。妊娠率による希望は承れません。

※ 凍結後、それらの胚を胚盤胞に培養して移植することはできません。

☐ 胚盤胞希望

移植及び凍結基準 (希望の数字に○をつけてください)

※ 下記以外の選択はできません

妊娠率 50 40 30 20 %以上

☆妊娠率の選択に悩まれる方は、こちらの資料をご確認いただき、  
選択してください。

## ※先進医療：

## 保険診療と併用可能な自費の技術

【すべての項目に希望の有無を記入してください】

|            |     |
|------------|-----|
| 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 |

\*TESEにて採取した精子ではPICSI、  
スパームセパレーターは選択できません。

記入方法がわからない、資料のどこを読めばよいかわからない時はこちらをご覧ください。



内容を確認していただき☑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ご参照ください)。
- ☐ 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：20 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、一般不妊治療へ変更時に必ず受診が必要です。