

生殖補助医療治療計画書 (ERA検査・子宮内フローラ検査)

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

上記の診断にて生殖補助医療を行っており、検査・治療として

- ☐ ERA (EMMA/ALICE)
☐ 子宮内フローラ検査

の先進医療を実施し、その後採卵・胚移植を行う。

【ERA検査】

希望される実施項目に☑を入れてください。

- ☐ ERA検査のみ
☐ ERA・EMMA/ALICE

※ EMMA/ALICEのみの実施はできません。

内容を確認していただき☑を入れてください。

- ☐ 今回の先進医療による検査・治療の後に採卵もしくは胚移植を行う。
- ☐ 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。
- ☐ 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・先進医療を希望した場合、治療周期の途中で先進医療以外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ご参照ください）。
- ☐ 検体不良などにより検査結果が出なかった場合にも、検査・診察料などの返金はありません。

上記事項に理解し同意のうえ、保険診療・先進医療を希望します。

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) 検査希望で月経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。