

生殖補助医療治療計画書（融解胚移植）

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 以前に凍結した胚の融解胚移植を実施する。

※以下の技術を併用して移植を実施する

☐ SEET注入

☐ 2個移植

【融解胚移植で利用できる技術】

- ・アシステッドハッチング
- ・高濃度ヒアルロン酸含有培養液

※ただし、胚移植を初めて実施する方は使用ができません。

【注意事項】

- ・何らかの理由で移植出来ない周期の場合でも、必ず受診が必要です。計画書記入のうえ、必ず月に1回受診してください。（持病の悪化で、胚移植ができない等の医学的理由の場合も受診は必須です。）
- ・受診がない場合、その後の凍結保存および診療が自費になることがございます。

【2022年4月1日より前に凍結した胚の移植について】

2022年4月1日より前に凍結した胚を用いての融解胚移植は以下の条件を満たしている方のみ実施できます

- ・保険診療に移行することに同意されること
- ・治療計画書を提出すること
- ・日本産婦人科学科登録施設で保存された胚である
- ・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、2022年3月31日以前に徴収されていないこと

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ご参照ください）。
- ☐ 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うえ、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）移植希望で月経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「初めて体外受精を始める時」「体外受精を開始して6か月経過した時」「体外受精実施後、一般不妊治療を実施し、改めて体外受精を始める時」に必ず受診が必要です。採卵日までに「パートナー同席」でご予約をとって受診をしてください。