

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)

婚姻関係である

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あり

保険

保険での治療には使えるお薬や内容に制限があります。制限があるものは以下のようになります。

卵巣刺激の薬・注射	薬の数および注射の薬液濃度の制限
超音波検査の回数	採卵周期 3回まで 移植周期 2回まで
トリガー注射・点鼻薬	薬液濃度の制限
黄体補充	薬の数および注射の薬液濃度の制限

※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。

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

必ず☑してください。

自費

<input type="checkbox"/>	PGT-A(着床前診断)
<input type="checkbox"/>	スパームセパレーター
<input type="checkbox"/>	PFC-FD
<input type="checkbox"/>	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。

先進医療:保険診療と併用可能な技術

希望される場合は、チェック☑してください。

<input type="checkbox"/>	タイムラプス培養器
<input type="checkbox"/>	SEET法
<input type="checkbox"/>	内膜スクラッチ

以下にチェック☑を入れてください。

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 本人氏名: _____ (歳)

夫(パートナー)氏名: _____

医師との相談の上、必要な時のみご記入いただきます。

タイムラプス使用について

移植・凍結基準及び凍結個数について

治療開始時に立てた治療計画の、計画変更を希望いたしました。

同意日: 202 年 月 日 氏名: _____