

生殖補助医療計画書

高度生殖補助医療(ART)とは体外で受精させた受精卵を培養し移植する治療です。

保険診療では以下の条件が必須となります

- ・治療開始日(同意書を提出した日)の女性の年齢が43歳未満であること(詳細は別冊子参照)
- ・治療計画書を作成時点での胚移植術の正確な実施回数の申告(他院での治療歴がある方は紹介状をお持ちください)

※虚偽の申告をされて保険適用外であることが判明した時点で保険適用の1.3倍の料金をお支払いいただきます

- ・この治療を受けるカップルが婚姻関係にあること、または出生した子について認知を行う意向があること

※住民票または戸籍謄本で確認させていただきます。夫婦別姓カップルの場合別途定める書類の提出が**治療開始前**に必要です。

その他の治療内容について

- ・アシステッドハッチング(孵化補助)

胚が「透明帯」という殻から出るのを補助するために透明帯の一部をレーザーで開孔する方法です。**妊娠不成功の既往がある方のみ実施します※初回、第2・3子初回は実施しません**

- ・高濃度ヒアルロン酸含有培養液

胚と子宮内膜の接着を促進するヒアルロン酸が高濃度含まれている培養液です。移植する胚と共に少量を子宮に注入します。**新鮮胚移植・凍結融解胚移植ともに反復不成功症例に使用します。**

今回の体外受精は以下の状態のため実施します。

- ア 卵管性不妊 イ 男性不妊(閉塞性無精子症等) ウ 機能性不妊
エ 人工授精等一般不妊治療が無効であった場合

今回の治療は保険 適用 ・ 適用外 です。

-
- 1 採卵を実施して**新鮮胚移植・余剰胚凍結**を行います。血液検査で妊娠判定をします。

受精方法は過去の既往に応じて 体外受精 ・ 顕微授精 ・ スプリット法 となります。
※処理後の運動精子濃度が70万/mLの場合は顕微授精となります

凍結する胚盤胞は原則グレード1とグレード2が対象となります(保険の移植回数制限を考慮)

今までの保険での移植回数は _____ 回です。今回は _____ 回目の移植となります。

2 採卵を実施して**全胚凍結**を行います。_____ カ月後に凍結融解胚移植を行います。

血液検査で妊娠判定をします。

受精方法は過去の既往に応じて 体外受精 ・ 顕微授精 ・ スプリット法 となります。

※処理後の運動精子濃度が 70 万/mL の場合は顕微授精となります

凍結する胚盤胞は原則**グレード1とグレード2**が対象となります(保険の移植回数制限を考慮)

今までの保険での移植回数は_____回です。今回は_____回目の移植となります。

3 凍結胚を用いて 凍結融解胚移植 を行います。

① 保険診療で採卵した凍結胚を用います

② 自由診療で**自施設**にて採卵した凍結胚を用います

※令和 4 年 4 月 1 日より前に治療を開始した周期において凍結した胚です

※令和 4 年 4 月 1 日以降に治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定しました

※令和 4 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、

同年 3 月 31 日より前に徴収していません

③ 自由診療で**他施設(施設名: _____)**にて採卵した凍結胚を用います

※令和 4 年 4 月 1 日より前に治療を開始した周期において凍結した胚です

※令和 4 年 4 月 1 日以降に治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定しました

※令和 4 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、

同年 3 月 31 日より前に徴収していません

今までの保険での移植回数は_____回です。今回は_____回目の移植となります。

またARTクリニック 院長 丸田英

私たち夫婦は治療の結果、出生した子については認知します。婚姻関係について提出した書類の変更はありません。上記、治療計画について夫婦で理解したので保険診療での治療を希望します。

年 月 日

本人(自筆) _____ 生年月日 _____

配偶者(自筆) _____ 生年月日 _____

※代筆不可。必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

ご本人以外の方が署名された場合、私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。