

非配偶者間人工授精(AID)実施希望申請書 兼 倫理委員会申請書

倫理委員会委員長殿

受付番号 第 _____ 号

※太枠内は事前にご記入ください
※すべて必須項目です

ご記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 夫のAID適応理由(病名)	
診断年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	診断施設名 _____
2 夫の治療歴 TESE <input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 未実施 手術年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 手術施設名: _____ TESE実施済みの場合 <input type="checkbox"/> 精子あり <input type="checkbox"/> 精子なし ↳TESE実施済で「精子あり」の場合、顕微授精は <input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 未実施 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 顕微授精未実施の理由 </div> ↳・顕微授精実施済の場合、 「3. 妻の治療歴」欄に実施年月日と治療経過をご記入ください。 TESE未実施の場合 ^{※1} <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> TESE未実施の理由 </div> TESE以外の治療歴 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> _____ </div>	3. 妻の治療歴 TESE実施済み、かつ顕微授精実施済みの場合 実施年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 治療経過 </div> 移植・妊娠の有無 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> _____ </div> 上記以外の治療歴 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> _____ </div>

4 現在、ご夫婦のどちらかに戸籍上の子はいますか。
いない いる _____ 名

注1: AIDは本方法以外の医療行為によっては妊娠成立の見込みがないと判断される場合にのみ適用されるため、本来はTESEの実施が必要です。
 ただし、TESEを行えない事情も考慮されますので、未実施の詳しく理由を記載してください。
 TESE未実施が医師による判断の場合には施設名と医師名もお書きください。

住所 〒 _____	ご署名年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
夫氏名(自署) _____	妻氏名(自署) _____
電話 () - _____ - _____	電話 () - _____ - _____

(倫理委員会使用欄)
 受理日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 委員会開催日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 判定結果: 委員会記録参照

添付書類4点: 夫婦の戸籍謄本1通/夫婦それぞれの顔写真付き身分証明書のカラーコピー/診断書*
 *診断書とは・・・
 ① 精巣内精子回収術 (TESE) を行ったが精子を回収できなかった方: TESTの結果が明記された診断書
 ② 精巣内精子回収術 (TESE) を行い、精子は回収できたがその精子では妊娠の可能性はないと診断された方: TESEにて回収された精子では妊娠の可能性はなくAIDが必要であると明記された診断書
 ③ 事前の遺伝子検査などにより精巣内精子回収術 (TESE) を行っても精子回収の見込みはないと診断されたためTESEを行っていない方: 根拠となった検査結果の添付と、精子回収見込みがないという判断説明が記載された診断書
 注意1 __上記のいずれにも該当しない無精子症 (=TESEにより精子回収の見込みがあるが希望によりTESEは行わない) の場合はAIDは行えません。
 注意2 __診断書として受領できる書式条件は、「診断書」もしくは「紹介状」のタイトルがあり、かつ、医療機関名と担当医名の記載があること。タイトルがない場合には、医療機関もしくは担当医の捺印があること

受領日	受領者
/	

診察券番号: _____
 記業-195:非配偶者間人工授精(AID)実施希望申請書 兼 倫理委員会申請書(1版2018年10月)

非配偶者間人工授精(AID)実施希望申請書 兼 倫理委員会申請書

倫理委員会委員長殿

書き方の一例

受付番号 第 号

※太枠内は事前にご記入ください
※すべて必須項目です

ご記入日: 2018年 10月 15日

1 夫のAID適応理由(病名) 無精子症	
診断年月日 2015年 2月 15日	診断施設名 〇〇〇〇病院
2 夫の治療歴 TESE <input checked="" type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 未実施 手術年月日: 2015年 2月 1日 手術施設名: 〇〇〇〇病院 TESE実施済みの場合 <input type="checkbox"/> 精子あり <input checked="" type="checkbox"/> 精子なし ↳TESE実施済で「精子あり」の場合、顕微授精は <input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 未実施 顕微授精未実施の理由 ↳顕微授精実施済の場合、「3. 妻の治療歴」欄に実施年月日と治療経過をご記入ください。 TESE未実施の場合 ^{※1} TESE未実施の理由 TESE以外の治療歴 2015年2月5日 泌尿器科受診。以降、ゴナドトロピン治療を3ヶ月間実施	3. 妻の治療歴 TESE実施済み、かつ顕微授精実施済みの場合 実施年月日: 年 月 日 治療経過 移植・妊娠の有無 なし 上記以外の治療歴 なし

4 現在、ご夫婦のどちらかに戸籍上の子はいますか。

いない いる 名

注1: AIDは本方法以外の医療行為によっては妊娠成立の見込みがないと判断される場合にのみ適用されるため、本来はTESEの実施が必要です。ただし、TESEを行えない事情も考慮されますので、未実施の詳しく理由を記載してください。TESE未実施が医師による判断の場合には施設名と医師名もお書きください。

ご署名年月日 2018年 10月 15日

住所 〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-8-10

夫氏名(自署) 原 太郎

妻氏名(自署) 原 花子

電 話 (090) - 0000- 0000

電 話 (080) - 0000- 0000

(倫理委員会使用欄)

受理日: 年 月 日 委員会開催日: 年 月 日

判定結果: 委員会記録参照

添付書類4点: 夫婦の戸籍謄本1通/夫婦それぞれの顔写真付き身分証明書のカラーコピー/診断書*

- *診断書とは・・・
- ① 精巣内精子回収術 (TESE) を行ったが精子を回収できなかった方: TESTの結果が明記された診断書
 - ② 精巣内精子回収術 (TESE) を行い、精子は回収できたがその精子では妊娠の可能性はないと診断された方: TESEにて回収された精子では妊娠の可能性はなくAIDが必要であると明記された診断書
 - ③ 事前の遺伝子検査などにより精巣内精子回収術 (TESE) を行っても精子回収の見込みはないと診断されたためTESEを行っていない方: 根拠となった検査結果の添付と、精子回収見込みがないという判断説明が記載された診断書

注意1 上記のいずれにも該当しない無精子症 (=TESEにより精子回収の見込みがあるが希望によりTESEは行わない) の場合はAIDは行えません。

注意2 診断書として受領できる書式条件は、「診断書」もしくは「紹介状」のタイトルがあり、かつ、医療機関名と担当医名の記載があること。タイトルがない場合には、医療機関もしくは担当医の捺印があること

受領日	受領者
/	

診察券番号: