

ERA -子宮内膜着床能検査- (EMMA+ALICE同時検査) 同意書

左端の患者欄に☑を入れ、下記の必要事項を記入してください。
不明点などがある場合は本書を提出する前にお問合せください。(↓患者☑欄)

| 受領者 | 受領日 | 控え |
|-----|-----|---|
| | | <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 郵送 |

- 1. 本検査の結果は平均3週間後に出ます。結果が届き次第、メールでお知らせいたしますので、そのメールを受け取ったら、結果の説明を受けるため診察の予約をしてください。オンラインでの診察も可能です。
- 2. 本検査は胚移植を行う環境を同一にする必要があるため、本検査周期はホルモン補充周期で行い、かつ、検査後の胚移植周期もホルモン補充周期になることを理解し、納得している。
- 3. ホルモン補充周期を作るためには投薬が必要になり、本検査費用とは別にそれらの費用もかかることを理解し、納得している。
- 4. 検査周期において、初回の膣坐薬使用時間が重要です。初回の坐薬は指定日の12:00~14:00の間に使用し、使用時間が何時何分だったのか記録しておくことを理解し、納得している。次回来院時に使用時間を確認します。
- 5. 検査の結果、受容期のずれが大きい場合は再度ERA検査をしないとずれ時間の特定できません。その際の検査費用を、別紙説明書を読み理解している。ホルモン補充周期の費用が別途かかることを理解し、納得している。
- 6. 検査結果が「受容期(=標準通り)」と診断された場合、今後の胚移植周期の初回坐薬投与時間から胚移植までの時間は、【ERA周期で初回坐薬を投与した時間~検査のために細胞を採取した時間±3時間】となることを理解し、納得している。
- 7. 本検査において、検査に必要な十分な量の細胞を採取できなかった場合や、逆に多く採りすぎた場合には再検査となります。再検査の際の検査費用は頂きません。
- 8. 本検査を行う周期に、タイミング・人工授精・胚移植を併用することはできないことを理解し、納得している。
- 9. 本検査は、検査結果を胚移植に反映させることが重要なため、現在もしくは今後の胚移植の方法をホルモン補充周期にて当院で行う方を対象としています。もし、別の施設で胚移植を行う場合には、本検査の結果に合わせた調整が可能かどうかを事前に確認する必要があることを理解し、納得している。
- 10. 次周期の月経開始までには検査結果は間に合いませんので、原則として当院ではERAの次周期の胚移植はお勧めしません。ただし、次のリスクを承知の上で次周期に胚移植プロトコルを開始することはできます。①万が一、膣坐薬開始前までにERA検査結果が間に合わずその周期にERAの結果を反映できない場合があること。②ALICEを実施した場合にALICE陽性の場合には周期途中で中止となること。③EMMAを実施した場合にサプリメント10日間使用の推奨があっても胚移植までに10日間ないためそれ以下での使用にて胚移植となること。また、①や③の場合に患者様のご希望により胚移植周期を途中で中止とすることはできます。これらを理解し、納得している。
- 11. 本検査は、本検査周期が保険診療の対象でないと先進医療の適用はない。条件は、①本検査周期が開始する時点で保険診療による体外受精で得た凍結胚が1個以上あり、②本検査実施日時点で保険適用条件を満たしていること。①②以外は本検査周期の診察、薬剤、本検査などすべて自費になることを理解し、納得している。

上記の事項を充分理解し納得しましたので以下の検査を同意・申し込みます。(希望する検査に☑を入れてください。)

- ERA (子宮内膜着床能検査)
- ERA+EMMA+ALICE (子宮内膜着床能検査 + 子宮内膜マイクロバイオーム検査 + 感染性慢性子宮内膜炎検査)

本検査周期が「保険」なのか「自費」なのかは以下の通り申請します。(該当する方に☑を入れてください。)

- 保険: 現在保険診療の凍結胚が1個以上あり、本検査実施日時点で保険適用条件を満たしているため本検査周期の診察と薬剤は保険、検査代は先進医療で自費。(先進医療助成金がある自治体、先進医療対象の民間保険に加入者は申請可能)
- 自費: 本検査周期の診察、薬剤、検査代などすべて自費。(先進医療助成金は対象外ですが自費助成金がある自治体は対象。民間保険の先進医療は対象外)

問診1.初回の坐薬開始時間 _____ 月 _____ 日 _____ :

問診2.抗生剤アレルギーの有無 _____ 有 _____ 無 _____ 有の場合の種類: _____

問診3.検査日から3カ月以内に使用した抗生剤の種類・期間・量 _____ . _____ 無

問診4. 検査日から3カ月以内に使用したラクトバチルスの種類・期間・量 _____ . _____ 無

医療法人社団暁慶会 はらメディカルクリニック 院長 宮崎 薫殿

〒 _____ 同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妻氏名 (自署) _____
診察券番号 (_____)