受領者	受領日	控え
		□患者 □当院 □郵送

ALICE検査申込同意書この検査は必須ではなく希望者のみに実施する検査です

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）

□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。

□子宮内の細菌状況は、検査を行ってもその後状態が変わる可能性があることを理解し、納得している。

□検査では膣から子宮へ細い管を挿入し、子宮内膜から微小な円筒状の子宮内膜組織を採取します。この処置はある程度の不快感を伴うことがあり、生検後にわずかな出血がみられることがありますが、これは標準的な処置であり、患者様にそれ以上のリスクをもたらすものではないことを理解し納得している。

□採取された検体は検査委託会社であるアイジェノミクス社関連施設に送られることを理解し納得している。

□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。

□本検査は抗生剤内服が終了し、その後のラクトフローラ(10日間)の使用も終了してから実施する。また子宮内膜組織を採取するため排卵日（通常の月経周期-14日※28日周期の場合28-14＝14で14日目）以降に実施する。

□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。

□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検査の次周期の胚移植はお薦めしません。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ールを開始することはできます。①検査結果が間に合わない場合には治療周期が中止となること。②ALICE陽性の場合には周期途中で中止となること。これらを理解し、納得している。

□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個以上あること、または②凍結胚はないが保険による採卵周期であること③本検査実施日時点で保険適用条件を満たしていること。①②③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。

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個以上ある、または凍結胚はないが保険による採卵周期であり、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.妊娠の可能性の有無　有　・　無

問診2月経開始日はいつでしたか？　月　日　（本日月経　日目）

問診3.検査前に坐薬の痛み止めを希望しますか？　（喘息既往のない方に限る）　希望あり（体重　ｋｇ）・希望なし

＜抗生剤の使用状況＞

問診4.抗生剤アレルギーの有無　有　・　無　有の場合の種類：

問診5.3カ月以内に使用した抗生剤の種類（　・　ｍｇ1日（　）回　1回（　）錠）期間(　/　～　/　)

3カ月以内に使用した抗生剤の種類（　・　ｍｇ1日（　）回　1回（　）錠）期間(　/　～　/　)

＜ラクトバチルスの使用状況＞

問診6.3カ月以内に使用したラクトバチルスの種類（　・　1日（　）回　）期間(　/　～　/　)

上記の事項を充分理解し納得しましたのでALICE検査を申し込みます。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック　院長　宮﨑 薫殿

〒　－　　同意日　年　月　日

妻氏名（自署）

診察券番号（　）