

精子提供による生殖補助医療の申請書

はらメディカルクリニック倫理委員長殿

*患者記入資料

私達夫婦は、貴院での精子提供による生殖補助医療を希望しており、ここに申請をいたします。これまでの治療内容やそのほかの申告は本書記入の通りで間違いありません。

※本治療の実施には条件がございます。『精子提供による生殖補助医療のガイドライン』を必ずご一読ください。

(https://www.haramedical.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2021/12/guidelines_d.pdf)

本書記入日	西暦	年	月	日
住所	〒			
夫氏名（自署）	（年齢）		妻氏名（自署）	（年齢）
電話番号			電話番号	

1. 夫の生殖医療に関する治療歴について、以下にご記入ください。

【TESE】 未実施 実施済み → 【TESEの結果】 精子なし 精子あり

↓

【TESE未実施の理由】	精子提供による生殖補助医療は、本方法以外の方法では妊娠成立の見込みがないと判断される場合のみ適用されるため、TESE未実施の場合にはその理由を詳しく記載してください。
(1) TESEを実施しない判断をしたのは、 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 医師の判断	
(2) TESEを実施しない理由を詳しくご記入ください。 医師の判断の場合は、施設名と医師名もお書きください。	
<input type="checkbox"/> （	）
施設名	担当医名
<input type="checkbox"/> 性別変更の為	

2. 夫の生殖医療以外の治療歴について何かありましたらご記入ください。

--

3. 妻の生殖医療に関する治療歴について、以下にご記入ください。ない場合は「0回」と記入してください。

自然妊娠	回	妊娠	回	出産	回	流産	回	中絶	回	<input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 現夫 <input type="checkbox"/> 前夫 <input type="checkbox"/> その他（	）
AID	回	妊娠	回	出産	回	流産	回	中絶	回	<input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 現夫 <input type="checkbox"/> 前夫 <input type="checkbox"/> その他（	）
採卵	回										
胚移植	回	妊娠	回	出産	回	流産	回	中絶	回	<input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 現夫 <input type="checkbox"/> 前夫 <input type="checkbox"/> その他（	）

4. 妻の生殖補助医療以外の治療歴について何かありましたらご記入ください。

(卵管閉塞、FT、腹腔鏡手術、内視鏡手術、開腹手術など)

5. ご夫婦の戸籍上の子どもについて教えてください。

<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	人	⇒ 現夫との間の出生児		人
		現ご夫婦における精子提供による出生児		人
		前夫との間の出生児		人
		夫と前妻との間の出生児		人
		養子縁組をした子ども		人
		その他（	）	人

備考

<倫理委員会使用欄> 診察券番号（ ） 受付番号（ ）号
 受理日 年 月 日 倫理委員会開催日 年 月 日 記業-233 (3版2023年9月)