

*本書は医療機関に記入していただく書類です。患者が記入や追記した場合は無効です。

【医療機関ご担当医】

本書は、日本産科婦人科学会が定める提供精子の人工授精を行うための要件である「提供精子以外の方法では妊娠の可能性がないかどうか」を確認する為の書類です。なお、本書の他に紹介状などは不要です。

提供精子による生殖補助医療の医療情報提供書【女性用】

本法は、本法以外の医療行為によっては妊娠の可能性がない、あるいは本法以外の方法で妊娠をはかった場合に母体や児に重大な危険がおよぶと判断されるものを対象とするため、本書には詳しい記載をお願いします。

患者氏名	患者生年月日 西暦 年 月 日
------	--------------------

●診断名

●次の検査を実施している場合はご記入ください。

過去1年以内のAMH値	
-------------	--

※複数回分ある場合は最も低い値。

卵管検査	右卵管 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 切除	検査日（診断日） 西暦 年 月 日
	左卵管 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 切除	
	その他（ ）	

【FTしていない場合】提供精子による生殖補助医療の場合、人工授精を複数回行っても妊娠が成立しない場合に体外受精を適用します。両卵管閉塞している場合で、FTが適用にならない理由を教えてください。

●手術歴（FT、腹腔内治療含む）

実施日	疾患名	術式
西暦 年 月 日		
西暦 年 月 日		
西暦 年 月 日		

●これまでのAIDの実施回数をご記入ください。

回

●これまでの体外受精・顕微授精についてご記入ください。

採卵	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
採卵日					
受精方法	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI
使用精子	<input type="checkbox"/> 射精精子 <input type="checkbox"/> TESE精子	<input type="checkbox"/> 射精精子 <input type="checkbox"/> TESE精子	<input type="checkbox"/> 射精精子 <input type="checkbox"/> TESE精子	<input type="checkbox"/> 射精精子 <input type="checkbox"/> TESE精子	<input type="checkbox"/> 射精精子 <input type="checkbox"/> TESE精子
採卵数					
受精操作数					
受精胚数					
卵子活性の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
分割の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

●妊娠・出産歴

妊娠時期	妊娠の方法	転帰
西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> AID <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> AID <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> AID <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶
西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> AID <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 中絶

●治療歴からご判断いただき以下をご記入ください

「精子の受精能力」については以下のどちらと判断されますか

- 精子に受精能力がないことが推定される
その他 (ご記入ください)

「夫婦の治療方法」については以下のどちらと判断されますか

- 提供精子による治療以外では妊娠の可能性はない
その他 (ご記入ください)

医療機関名		担当医師名	
-------	--	-------	--

記入日 西暦 年 月 日