

*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【男性用】

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

●治療歴

●精巣内精子回収術について

A:実施していない B:実施済み（以下の表にご記入ください）

	1回目	2回目	3回目
実施日			
施設名			
結果	<input type="checkbox"/> 成熟精子あり <input type="checkbox"/> 未熟精子のみ <input type="checkbox"/> 精子なし <input type="checkbox"/> その他（記入）	<input type="checkbox"/> 成熟精子あり <input type="checkbox"/> 未熟精子のみ <input type="checkbox"/> 精子なし <input type="checkbox"/> その他（記入）	<input type="checkbox"/> 成熟精子あり <input type="checkbox"/> 未熟精子のみ <input type="checkbox"/> 精子なし <input type="checkbox"/> その他（記入）

A:無精症または重度男性不妊だが精巣内精子回収術を行っていない理由をご記入ください。

●（上記Bの場合）少なくとも一度、精巣内精子回収術を行い、精子が回収できなかった場合に再度精巣内精子回収術を行わない理由、または、精子が回収できたが妊娠に至らなかった場合に再度精巣内精子回収術を行わない理由をご記入ください。

●貴院では、本夫婦は提供精子による生殖補助医療以外の方法では妊娠の可能性はないと判断されますか。

提供精子による生殖補助医療以外の方法では妊娠の可能性はないと診断する

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