

IVF-D 3 か月ルール延長申請書

1. 3 か月ルール延長制度とは

医学的理由以外で3 か月を超えて治療を休止する場合に利用できる制度です。3 か月ルールの期限内に申請し、医師が認めた場合に限り、生涯1回、最長6 か月まで休止することができます。

2. 休止を希望する治療・手続き

6 か月の休止を希望する治療・手続きについて、現在ご自身が該当する行を1つ選び、左端の□にチェックを入れてください。

✓	A：起算日	B：3 か月以内に実施する治療・手続き
	倫理委員会承認の通知日	IVF-D 前個別説明日
	IVF-D 前個別説明日	初回採卵周期開始日（月経2～3日目）
	採卵日	初回胚移植周期開始日 （月経1～3日目、自然周期は排卵前まで）
	前の胚移植が不成功で凍結胚がある場合 前回の胚移植日	次回胚移植周期開始日 （月経1～3日目、自然周期は排卵前まで）

3. 休止期間

以下の表に、3 か月ルールの起算日と休止終了日をご記入ください。申請後に期間を変更することはできないため最長期間で申請してください。休止期間中でも治療を再開できます。

3 か月ルールの起算日【上記2-Aの日付】	休止終了日【起算日から6 か月後の同日】
年 月 日から	年 月 日まで

4. 休止理由 ☐仕事 ☐家庭事情 ☐経済的事情 ☐その他 []

5. 確認事項

- ☐ 本制度は生涯1回のみ利用でき、申請後の変更はできないことを理解しました。
- ☐ 医師が承認した場合のみ適用されることを理解しました。
- ☐ 本申請書に記載した休止終了日までに2-Bの治療・手続きを実施できない場合は、凍結胚の有無にかかわらず、治療が終了し、費用の返金がないことを理解しました。
- ☐ 休止期間中に年齢上限へ達した場合は、その時点で治療が終了することを理解しました。

私たちは、提供精子による生殖補助医療のガイドラインに同意のうえ、上記内容により申請します。

記入日 年 月 日

妻診察券番号

妻氏名（自署）

夫診察券番号

夫氏名（自署）

当院使用欄

担当医氏名	承認可否	記録媒体	日付	実施者
	☐ 承認する ☐ 承認しない	RACCO 申し送り FFM	/	