

保険診療への事前確認書

両角レディースクリニック院長殿

2022/05/06

私たちは以下に関して同意して次周期から保険適用で治療を受けることを希望します。

私たちは事前に当院規定の保険診療の説明動画を見て内容を十分理解しました。

私たちは事前に当院規定の保険診療の説明動画を見ていないので本日中に見て内容を理解することを約束します。

保険適用には移植回数など過去の治療経過を確認することが必要であり、前医での治療がある場合には紹介状を事前に持参することが必要であることも理解しました。

現在の保険診療を利用した移植回数_____回（凍結胚の個数_____個）

私たち二人は婚姻関係にあり、治療の結果出生した子について認知をいたします。

私たち二人は事実婚関係にあり、治療の結果出生した子について認知をいたします。

（事実婚関係の場合お二人の戸籍の提出が必要になります）

私たちは同一世帯です。

同一世帯ではありません。理由（_____）

以下のいずれかの治療法を選んでください。

私たちは次回の周期から保険診療での一般不妊治療（タイミング療法）に入ることを希望します。

私たちは次回の周期から保険診療での人工授精周期に入ることを希望します。

私たちは次回の周期から保険診療での採卵周期に入ることを希望します。

私たちは次回の周期から保険診療での凍結胚移植周期に入ることを希望します。

保険適用で移植する胚（_____）凍結日（____/____/____）

保険適用で移植する胚（_____）凍結日（____/____/____）

保険診療を受けるにあたり男性パートナーに対して当院規定の感染症などのスクリーニング検査(自費)が必要であることを理解しました。

保険診療を受けるにあたり男性パートナーに対して事前に精液検査(自費)が必要であることを理解しました。
（1年以内に精液検査歴がありデータをご持参の場合は不要となります）

保険診療には保険適応外の検査があることを理解しました。保険の治療周期に入るとそれらの検査が行えずに治療を継続しなければいけないことを理解しました。

保険診療には保険適応外の薬剤があることを理解しました。保険の治療周期に入るとそれらの薬剤を用いないで治療を継続しなければいけないことを理解しました。

保険診療と併用が認められている先進医療があり、当院での治療において併用が好ましいと判断している先進医療（タイムラプスなど）については併用する方針であることを理解しました。

保険診療では使える薬剤に制限があるため新鮮胚移植が行えない可能性があることを理解しました。

保険診療と自費診療（先進医療以外）の混合診療ができないことを理解しました。

保険診療には様々な制約があり希望の治療が行えなくなる可能性があることを理解しました。

虚偽の申請の場合は、数か月後に全額自費での請求の支払いに同意します。

同意年月日 西暦_____年_____月_____日

妻の氏名_____パートナーの氏名_____