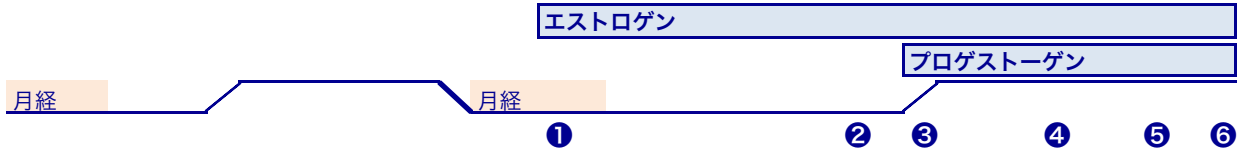


# 凍結融解胚移植

※ 診察の前にこの用紙と基礎体温表をお渡しください



<b>① エストロゲン開始</b> <input checked="" type="checkbox"/> 子宮内膜を整え、排卵を抑制するために、月経2～4日目からエストロゲンを使います。コンディションによって薬の種類や量を変えることがあります。 <input type="checkbox"/> エストラナ：1回に [ 2枚 / 3枚 ] を下腹部か殿部に貼付、1日おきに交換 <input type="checkbox"/> ル・エストロジェル：1日2回 (朝・晩) 2プッシュを両腕全体に塗布 <input type="checkbox"/> プレマリン錠：1回2錠ずつ2回 (朝・晩) / 3回 (朝・昼・晩) 内服 <input type="checkbox"/> ペラニンデポー：週1回の筋肉注射	月 日 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 月経4日目から開始 ～妊娠判定まで継続 【次回受診日】 月 日頃 <input checked="" type="checkbox"/> 月経13～15日目に診察
<b>② 超音波検査</b> <input checked="" type="checkbox"/> 子宮内膜の厚さが約8mmになっていれば胚移植日を決めます。 <input type="checkbox"/> 子宮内膜が薄い場合は数日後に再検査します。 薬を増量または変更することもあります。	【再検査日】 ① 月 日 ( ) ② 月 日 ( )
<b>③ プロゲステロン開始 (Day 0)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 子宮内膜を着床可能な状態にするホルモンです。移植の日に合わせて開始します。 <input type="checkbox"/> クリノン (腔ジェル)：1日1回 (夜) 腔内に挿入 <input type="checkbox"/> ルテウム腔坐剤：1日2回 (朝・晩) 腔内に挿入 <input type="checkbox"/> デュファストン錠：1日2回 (朝・晩) 2錠ずつ14日間内服 <input type="checkbox"/> オオホルミルテウムデポー：週1回の筋肉注射	月 日 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 夜から開始 ～妊娠判定まで継続
<b>④ 胚移植 (Day 5・6)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 食事を普通にとり、スリッパ、ナプキン、生理用ショーツを持参して来院ください。 【手順】 ① 胚培養士の説明 → ② 採血 → ③ 着替え → ④ 胚移植 → ⑤ 会計 ※移植後の安静は必要ありませんが、静養を希望する方はお申し出ください。 <input type="checkbox"/> 不育症治療のアスピリンやヘパリンは胚移植後の夜から開始してください。	月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 14:00 (月・水・木) <input type="checkbox"/> 11:30 (火・金・土) <input type="checkbox"/> :
<b>⑤ hCG採血 (Day 11)</b> <input type="checkbox"/> 着床の有無を確認する血液検査を行います。	月 日 ( )
<b>⑥ 妊娠判定 (Day 14)</b> <input checked="" type="checkbox"/> 尿と血液の検査で妊娠を判定します。 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠を確認できた場合は、妊娠8週頃までホルモン薬を2種類とも継続します。 ※ 妊娠判定日より前に月経様の出血があっても妊娠していることがあります。 出血はそのまま様子を見て薬を使い続け、妊娠判定日に来院してください。	月 日 ( ) ※ 受付終了時刻の1時間前 には来院してください。

切り取り線

## 凍結融解胚移植についての同意書

私たちは、凍結融解胚移植 (以下、本法) に関して、施術の内容、必要性、発生する可能性のあるリスクなどについて説明を受け理解しました。私たちは本法を希望し、必要な処置を一任して実施をお願いします。

- ① 本法は被実施者が生殖年齢を超えている場合、離婚した場合、配偶者が死亡した場合などには実施できないこと
- ② 本法による先天異常発生の可能性
- ③ 胚の凍結と融解に際し、胚が変性する場合があること
- ④ 胚の透明帯硬化を考慮し、レーザー透明帯開口術を行う場合があること
- ⑤ 災害などにより、胚を破損・紛失する可能性があること
- ⑥ 本法の実施にともなう費用
- ⑦ その他

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

エフ、クリニック院長 殿

患者氏名 \_\_\_\_\_ (生年月日 昭和・平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日)

夫 氏 名 \_\_\_\_\_ (生年月日 昭和・平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日)