【**体外受精・胚移植法実施記録**】

以下の報告について、間違いないことを証明いたします。

年 月 日 責任医師氏名(署名)

氏 名 所属施設名

**＊カルテ番号は下2桁か3桁とし、日付の古いものからご記入下さい。症例報告3例に選んだものの番号を○で囲って下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | カルテ番号 | 採卵  年月日 | 体外受精/  顕微授精 | 新鮮/凍結胚移植 | 胚移植  年月日 | 臨床妊娠の有無 |
| １ | 記載例01 | 2021/04/01 | 体外受精 | 凍結胚移植 | 2021/06/01 | 〇 |
| ２ | 記載例02 | 2021/04/03 | 顕微授精 | 新鮮胚移植 | 2021/04/08 | × |
| ３ | 記載例03 | 2021/04/05 | 体外受精＋顕微授精(スプリット) | 凍結胚移植 | 2021/06/06 | 〇 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |  |  |  |
| ２６ |  |  |  |  |  |  |
| ２７ |  |  |  |  |  |  |
| ２８ |  |  |  |  |  |  |
| ２９ |  |  |  |  |  |  |
| ３０ |  |  |  |  |  |  |

**症例報告**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 責任医師名 | (署名) |

|  |  |
| --- | --- |
| 症例( ) | カルテ番号 年齢 歳 |
|  | 配偶者(パートナー) 年齢 歳 |
| 診療開始日 | 年 月 日 |
| 診断名 |  |
| 不妊原因 |  |

|  |
| --- |
| １．患者背景 |
|  |
| ２．現病歴 |
|  |
|  |
| ３．診察所見 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ４．検査所見 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ５．治療経過・ARTの適応 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ６．ART治療内容 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

＊個人情報の観点から、カルテ番号は下2桁もしくは3桁で記載してください。

**症例報告(記載例)**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 責任医師名 | (署名) |

|  |  |
| --- | --- |
| 症 例( 1.2.3の番号順に記載 ) | カルテ番号 実施記録のカルテ番号を記載してください 年齢 歳 |
|  | 配偶者(パートナー) 年齢 歳 |
| 診療開始日 | 年 月 日 (西暦で記載) |
| 診断名 |  |
| 不妊原因① |  |
| 不妊原因② |  |
| 不妊原因③ |  |

|  |
| --- |
| １．患者背景(月経歴、妊娠・分娩歴、既往歴、家族歴など) |
|  |
| ２．現病歴(結婚・挙児希望年齢、不妊期間、不妊治療歴；前医を含む) |
|  |
| ３．診察所見(身体所見；身長、体重、body mass indexなど、超音波所見；子宮筋 |
| 腫、子宮内膜症の有無など) |
|  |
| ４．検査所見(女性：HSG、ホルモン検査など、男性：精液所見など) |
|  |
| ５．治療経過・ARTの適応(治療経過およびARTの適応を注意事項に従い記載) |
|  |
| ６．ART治療内容(調節卵巣刺激法、採卵・検卵、精液調整、媒精、受精判定、培 |
| 養方法(培養液、培養器の種類、培養環境など)、胚発育の評価、凍結保存、新鮮 |
| または融解胚移植、黄体補充法、妊娠予後など) |

＊個人情報の観点から、カルテ番号は下2桁もしくは3桁で記載してください。

＊括弧内の説明書きは削除して記載すること

【症例報告の記載の注意点】

症例報告を記載の際には、以下の内容に留意して記載をすること。不十分な記載が認められる場合は、書類審査にて不合格になる場合がある。

* **1．不妊症の診断は、不妊症の定義を満たしていること。**

参考：不妊症：生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間避妊することなく通常の性交を継続的に行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合。その一定期間については1年というのが一般的である。なお、妊娠のために医学的治療を必要とする場合を不妊症と定義している。が,妊娠のために医学的介入が必要な場合はその期間を問わない(産科婦人科用語集・用語解説集改訂第4版 日本産科婦人科学会編)。

1－1．診断名の記載

不妊症患者の診断名の記載には以下の用語を使用すること。

* 男性不妊症、女性不妊症、男性および女性不妊症、原因不明不妊症
* 原発性不妊症、続発性不妊症
* **2．不妊原因は以下の項目にある用語を用い、そのカップルに重要なものと考えられるものを３つまで記載すること\***

注記；\*以下の項目に該当するものがない場合は、適切な原因を記載してください。

2－1．不妊原因に関する用語

1．男性因子

1)精液検査による分類

(1)精液量の異常

①無精液症

②減精液症

(2)精子数の異常

①乏精子症

②Cryptozoospermia(潜在性無精子症、高度乏精子症、極少精子症)

③無精子症(i)閉塞性無精子症、ii)非閉塞性無精子症)

(3)精子無力症(精子運動率の異常)

(4)奇形精子症(精子形態の異常)

(5)乏精子症・精子無力症

(6)乏精子症・精子無力症・奇形精子症

(7)膿精液症(精液中の白血球数の異常)

2)造精機能(精巣機能)障害

(1)一次性(原発性)造精機能障害

①無精巣症

②無精子症をきたす染色体疾患(i) Klinefelter症候群、ii)その他の異常)

③Y染色体微小欠失

④停留精巣

(2)二次性(続発性)造精機能障害

①低ゴナドトロピン性腺機能低下症

(3)その他の原因

①精索静脈瘤

②勃起障害

③射精障害(i) 逆行性射精、ii) 腟内射精障害)

2．女性因子

1)排卵因子

(1)視床下部性排卵障害

(2)下垂体性排卵障害

①低ゴナドトロピン性性腺機能低下症

(3)卵巣性排卵障害

①早発卵巣不全

②早発閉経

③高ゴナドトロピン性性腺機能低下症

(4)多嚢胞性卵巣症候群

(5)高プロラクチン血症

2)卵管因子(卵管性不妊症)

(1)卵管閉塞(閉塞部位：右・左・両側)\*\*

(2)卵管留水症(卵管留水腫)(部位：右・左・両側)\*\*

(3)卵管留膿症(卵管留膿腫)(部位：右・左・両側)\*\*

(4)卵管留血症(卵管留血腫)(部位：右・左・両側)\*\*

(5)卵管周囲癒着

(6)卵管采癒着(卵管采周囲癒着)

3)子宮・頸管因子

(1)子宮筋腫

(2)子宮腺筋症

(3)子宮内膜ポリープ

(3)子宮奇形(双角子宮、単角子宮、重複子宮、中隔子宮など)

(4)子宮内腔癒着症(Asherman症候群)

(5)慢性子宮内膜炎

4)子宮内膜症

(1)子宮内膜症性嚢胞(チョコレート嚢胞)(部位：右・左・両側)\*\*

5)免疫因子

(1)免疫性不妊症\*

\*免疫性不妊症の診断を用いる場合は、抗精子抗体や精子不動化試験などの実施の有無と検査所見を記載すること。

6)卵巣予備能の低下\*\*\*

3．原因不明不妊(機能性不妊)

注記；

\*\*部位の記載があるものは部位を必ず記載すること。

\*\*\*卵巣予備能の低下が原因の場合は、その根拠となる卵巣予備能に関する所見を症例報告内に記載すること。

* **3．ARTの適応については医学的妥当性のある記載を行うこと。**

本症例報告は、胚培養士認定審査の重要な書類であり、ARTの適応を医学的に理解できているか判断出来る内容である必要がある。従って、医学的適応のあるART症例について記載を行うこと。

* **４．ARTの治療内容については、記載例に含まれる項目を網羅すること。**

ART治療内容には、調節卵巣刺激法、採卵・検卵、精液調整、媒精、受精判定、培養方法(培養液、培養器の種類、培養環境など)、胚発育の評価、凍結保存、新鮮または融解胚移植、黄体補充法、妊娠予後について、もれなく記載すること。

特に胚発育の評価については、形態学的評価を必ず含んだ記載とすること。

* **5．記載に当たっての全般的注意**

症例報告内で使用する用語は統一し、略語のみの使用は避けること、薬剤は一般名を使用し商品名は極力使用しないこと。

**【講習会受講料・審査料振込み記録】**

6万円 (講習会受講料3万円 ・審査料3万円)の**振込金受取書または振込みご利用明細書のコピーをこのページに貼付してください。**

* 1. 振込みの際は、振込み証明書と振込み口座通帳の照合をする都合上、必ず申請者の氏名と会員番号を記載して入金を行うこと。
  2. インターネットを利用する場合は、振込時の金額、振込内容がわかるページを印刷し貼付すること。
  3. 申請書類の不備あるいは要件を満たしていないなどの理由により、申請不受理となった場合は、書類審査料1万円と手数料を差し引いた金額をご返金いたします。

銀行名 ゆうちょ 銀行

支店名 〇一九 (ゼロイチキュウ) 店

口座番号 当座　６３６２１４

口座名 一般社団法人　日本卵子学会

※学会名あて入金に限ります。

※年会費口座とは異なります。ご注意ください。