

先進医療に関する説明書・同意書

(子宮内細菌叢検査〔子宮内膜フローラ検査〕)

1. 本治療の概要

子宮内膜フローラ検査とは、子宮内に存在する細菌叢の状態を評価する検査です。

本検査では、子宮内膜に存在する細菌の種類および構成割合を解析し、乳酸菌の占有率や、着床および妊娠経過に影響を及ぼす可能性のある微生物の有無を評価します。

2. 方法

専用器具を用いて子宮内膜の一部を採取します。

検査実施時期は、排卵後約1週間を目安に行います。

なお、出血、発熱、下腹部痛等の症状がある場合には検査を実施できないことがあります。

また、やむを得ず来院が困難となった場合は、診療時間内に速やかにご連絡ください。

3. 対象となる方

良好胚を複数回移植しても妊娠に至らない方

4. 予測されるリスクおよび副作用

- ・検査中は一時的に多少痛みを伴うことがあります。
- ・検査後に少量の出血がみられることがあります。(通常は速やかに軽快しますが、数日持続する場合があります。)
- ・感染防止のため抗生物質を内服しますが、稀に骨盤腹膜炎等の感染症を生じる可能性があります。

5. 期待される効果

本検査結果に基づき、子宮内膜環境の状態を把握し、必要に応じて抗菌薬投与や乳酸菌補充等の治療介入を行うことで、子宮内環境の改善が期待されます。

その結果として、胚の着床および妊娠成立の可能性が高まることが期待されます。

ただし、本検査結果は胚の着床および妊娠成立を保証するものではなく、必ずしも臨床成績の向上につながるとは限りません。

6. 費用

50,000 円 (非課税)

※本治療は先進医療であり、公的医療保険の適用外となります。

私達夫婦は、医師やスタッフからの説明と文書によって下記の事項について十分理解し、納得した上で、本治療の実施に同意します。

説明責任者 東京 ART クリニック 院長 小川 誠司

説明年月日 年 月 日 説明者 _____

同意年月日 年 月 日

住 所: _____

夫 (診察券番号): _____ 氏名 (自署): _____

妻 (診察券番号): _____ 氏名 (自署): _____

患者様控えは、大切に保管して下さい。