

# 先進医療に関する説明書・同意書

## (子宮内膜胚受容期検査〔ERA 検査〕)

### 1. 本治療の概要

ERA 検査とは、胚の着床に適した時期（いわゆる「着床の窓」）を推定する検査です。  
本検査により、子宮内膜が胚を受け入れ可能な時期を評価し、胚移植の最適な時期を判断することを目的とします。

### 2. 方法

専用器具を用いて子宮内膜の一部を採取します。

検査実施時期は以下のとおりです。

- ・ホルモン補充周期：黄体ホルモン投与開始後 5 日目
- ・自然排卵周期：排卵後 5 日目

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、胚を子宮内膜が受容能を有する時期に移植することにより、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

140,000 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。