

様式 1

不妊に悩む方への特定治療支援事業医療機関指定申請書

年 月 日

奈良県知事 殿

開設者の住所 〒

(法人の場合は名称及び所在地)

開設者の氏名

(法人の場合は名称及び代表者名)

不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第5項に基づき、特定不妊治療を実施する医療機関として指定されたく、下記のとおり添付資料を添えて申請します。

記

1 医療機関の名称	
2 医療機関の所在地	〒 電話
3 公益社団法人日本産科婦人科学会の会告に基づく登録医療機関としての登録状況【※1】	
(1) 体外受精・胚移植及びGIFTの臨床実施に関する登録 登録年月日： 年 月 日	
(2) ヒト胚及び卵の凍結保存と移植に関する登録 登録年月日： 年 月 日	
(3) 顕微授精の臨床実施に関する登録 登録年月日： 年 月 日	

4 施設・設備状況 【※2】

必ず有すべき施設

(1) 採卵室・胚移植室の有無	有り ・ 無し
(2) 培養室の有無	有り ・ 無し
(3) 凍結保存設備の有無	有り ・ 無し
(4) 診察室の状況	不妊患者専用である ・ 専用でない
(5) 処置室の状況	不妊患者専用である ・ 専用でない

その他の望ましい施設

(1) 採精室の有無	有り	・	無し
(2) カウンセリングルームの有無	有り	・	無し
(3) 検査室の有無	有り	・	無し

5 配置すべき人員および責務等

配置が必要な人員

(1) 実施責任者氏名	
実施責任者の状況 【※3】	
(ア) 公益社団法人日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医である	はい ・ いいえ
(イ) 専門医取得後、不妊症治療に2年以上従事した	はい ・ いいえ
(ウ) 公益社団法人日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設において1年以上勤務又は1年以上研修を受け、体外受精・胚移植の技術を習得した	はい ・ いいえ
(エ) 常勤である	はい ・ いいえ
(オ) 不妊治療に関する医療安全管理マニュアルの策定	している ・ していない
(カ) 不妊治療を実施する施設・設備についての安全管理	している ・ していない
(キ) 不妊治療にかかる記録・情報等の管理	している ・ していない
(2) 実施医師氏名 (全員記入) 【※4】 (実施責任者と同一でも可)	
(3) 担当看護師氏名(全員記入) 【※5】	
(4) <u>胚培養士・エブリオロジスト氏名</u> (医師含む) (実施責任者又は実施医師と同一でも可)	

配置が望ましい人員

(5) 泌尿器科医師氏名 (全員記入) 【※4】	
(6) コーディネーター (全員記入) 【※5】	
(7) カウンセラー (全員記入)	

その他の要件

必要な要件

(1) 自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関しては、出産に至る全ての経過の把握、公益社団法人日本産科婦人科学会に対する報告	行っている ・ 行っていない
(2) 自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、出産に至るまでの全ての経過について報告を受ける等、分娩を取扱う他の医療機関との連携	分娩取扱施設がある ・ 連携をとっている ・ とっていない
(3) 本事業の実績・成果の把握のための調査への協力	協力する ・ 協力しない
(4) 公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）の登録の協力	協力している ・ 協力していない
(5) 医療に係る安全管理のための指針整備、 <u>指針の医療機関内掲示</u>	行っている ・ 行っていない
(6) 医療に係る安全管理のための委員会の設置、 <u>安全管理の現状把握</u>	行っている ・ 行っていない
(7) 医療に係る安全管理のための職員研修を <u>定期的に</u> 開催	行っている ・ 行っていない
(8) 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	講じている ・ 講じていない
(9) 体外での配偶子・受精卵の操作にあたっては、安全確保の観点から必ず <u>ダブルチェック</u> を行う体制（ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・いわゆる胚培養士・エンブリアリストのいずれかの職種の職員 2 名以上で行うこと(医師については、実施責任者と同一でも可)）	構築されている ・ 構築されていない

望ましい要件

(1) 倫理委員会を設置している	設置している ・ 設置していない
(2) 公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している	参加している ・ 参加していない
(3) 不妊治療にかかる記録についての保存期間	20年未満 ・ 20年以上

【添付書類】 ※1・・・公益社団法人日本産科婦人科学会からの「登録（再登録）受理通知書」の写し

※2・・・医療機関平面図の写し、安全管理指針・マニュアル等の写し

※3・・・(ア)「認定専門医」を証明する「認定証」の写し

(イ) (ウ) 日産婦学会へ提出しておられる直近の「実施責任者履歴書」の写しがありましたら、添付ください。

※4、5・・・医師免許証の写し（全員）、看護師免許証の写し（全員）