

医療機関名			
住 所	〒		
	TEL :	FAX :	
	最寄り駅	線	駅 バス・徒歩 分
担当者氏名	（部署名）		
体外受精・胚移植の臨床実施について	実施（有・無）	日本産科婦人科学会への登録（有・無）	（年 月登録）
顕微授精について	実施（有・無）	日本産科婦人科学会への登録（有・無）	（年 月登録）
ヒト胚および卵子の凍結保存と移植について	実施（有・無）	日本産科婦人科学会への登録（有・無）	（年 月登録）
（フリガナ）		常勤 ・ 非常勤	
実施責任者氏名		日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医	有 無
		不妊症診療従事年数	年
		体外受精・胚移植登録施設における勤務年数	年
		”	研修期間 年
実施医師氏名 ※全員記入すること。実施責任者と同一人でも可	日本生殖医学会認定生殖医療専門医には○をつけてください。		
看護師氏名	主たる業務が不妊治療である看護師には下線をひき、不妊看護認定看護師または母性看護専門看護師には前に○をつけてください。		
	実施責任者・実施医師と同一人でない場合には○をつけてください。		
胚培養士・エンブリオロジスト			
泌尿器科医師氏名	日本生殖医学会認定生殖医療専門医には○をつけてください。		
非医師協力者氏名及び職種	不妊治療コーディネーター		
	カウンセラー（心理）		遺伝カウンセリング経験者との連携 有 ・ 無
	カウンセラー（遺伝）		心理カウンセリング経験者との連携 有 ・ 無
※全員記入			
現存施設の状況 ※○で囲む。上段は必須。	採卵室 ・ 胚移植室 ・ 培養室 ・ 凍結保存設備 ・ 診察室 ・ 処置室 回復室 ・ 採精室 ・ カウンセリングルーム ・ 検査室(実験室)		
施設内倫理委員会の設置	有（施設内・外部委託） (1)外部委員（複数名・1名・いない） (2)委員長は実施責任者以外である（はい・いいえ）		
	無		
医療安全管理指針の整備と掲示	整備と掲示あり ・ 整備あり掲示なし ・ 整備なし		
安全管理委員会の設置	有 ・ 無	不妊治療に関する医療安全管理マニュアル策定・職員周知	有 ・ 無
安全管理のための職員研修の定期的な実施・記録作成	有 ・ 無	本事業の実績・成果の把握のための調査協力	有 ・ 無
医療事故等に対する改善方策	有 ・ 無	日本産科婦人科学会における個別調査票(UMIN)登録	有 ・ 無
配偶子・受精卵の操作時のダブルチェック	有 ・ 無	医療事故情報収集等事業への登録・参加	有 ・ 無
自医療機関保存の配偶子・受精卵の保存管理及び記録	有 ・ 無	実施責任者の監督下、配偶子等操作時ダブルチェックを行う職員の職種	医師・看護師・胚培養士・エンブリオロジスト・その他
医療機関における昨年1年間の「体外受精」の実績（開始年度、過去の実施件数など）			
採卵（ ）例、胚移植（ ）例、妊娠（ ）例、分娩（ ）例			
医療機関における昨年1年間の「顕微授精」の実績（開始年度、過去の実施件数など）			
採卵（ ）例、胚移植（ ）例、妊娠（ ）例、分娩（ ）例			
医療機関における昨年1年間の「凍結融解胚移植」の実績（開始年度、過去の実施件数など）			
胚移植（ ）例、妊娠（ ）例、分娩（ ）例			
医療機関における昨年1年間の「治療件数」の実績（開始年度、過去の実施件数など）（ ）周期			
妊娠から出産に至る全ての過程における分娩医療機関との連携状況	1 紹介の時期		
	2 紹介先医療機関		