

特定不妊治療実施医療機関調書
(精子を精巣等から採取するための手術を行う医療機関)

No. 3

年 月 日現在

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)		
(フ リ ガ ナ)			
実施責任者氏名	常勤 ・ 非常勤	日本泌尿器科学会認定泌尿器科専門医	有 無
		不妊症診療従事年数	年
実施医師氏名	日本泌尿器科学会認定泌尿器科専門医には○をつけてください。		
※全員記入すること。			
※実施責任者と同一人でも可			
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、不妊症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。		
胚培養士・エンブリオロジスト	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。		
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	手術室 ・ 培養室 ・ 凍結保存設備 ・ 診察室 ・ 処置室		
※○で囲む。上段は必須。	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	自医療機関保存の精子の保存管理及び記録	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	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
医療事故等に対する改善方策	有 ・ 無	本事業の実績・成果の把握のための調査協力	有 ・ 無
配偶子・胚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
医療機関における昨年1年間の「手術」の実績 (開始年度、過去の実施件数など)	TESE () 件、MESA () 件、PESA () 件、TESA () 件		
精子が採取できた際の特定不妊治療指定医療機関との連携状況	連携先医療機関 (例: 自院で実施。○○クリニックと連携して特定不妊治療を実施。など)		