

大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関特定不妊治療実施報告書

(年分)

大阪府知事様

年1月1日から同年12月31日までの間に治療を開始した症例について、下記のとおり報告します。
(報告年月日) 年 月 日

指定医療機関の所在地 _____

指定医療機関の名称 _____

報告者職氏名 _____

1. 特定不妊治療の実施の有無(該当する番号に○印をつけてください)

- ① 体外受精について
 - 1. 実施した
 - 2. 実施しなかった
- ② 顕微授精について
 - 1. 実施した
 - 2. 実施しなかった

2. 特定不妊治療の実施状況

※ 治療総数を記載。()内は大阪府に住所を有する者の内数(再掲)。[]内は受診等証明書を交付した者の内数(再々掲)。

		体 外 受 精	顕 微 授 精
患者総数		([])	([])
治療周期総数		([])	([])
採卵総回数		([])	([])
移植総回数		([])	([])
妊 娠 数 ※1		([])	([])
流 産 数		([])	([])
多胎妊娠数		([])	([])
内数	双胎	([])	([])
	三胎以上	([])	([])
生産分娩数 ※2		([])	([])
出生児数 ※3		([])	([])
妊娠後経過不明数 ※4		([])	([])

※1 この場合、妊娠とは胎嚢が確認された症例を指し、妊娠反応のみ陽性の症例は含まない。

※2 多胎のうち1児でも生産したものは、生産分娩とする。

※3 体外受精や顕微授精によって出生(生産)した児の総数。

※4 妊娠が確認されたが、妊娠経過を追跡できず、その帰結が不明であるもの。

注) この報告書は、毎年9月末日までに大阪府健康医療部保健医療室地域保健課母子グループ(06-6941-0351 内線2545)まで提出してください。