

様式5の12

生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

生殖補助医療管理料1	<input type="checkbox"/>
生殖補助医療管理料2	<input type="checkbox"/>

2 標榜診療科

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

標榜診療科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
-------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

3 体外受精・胚移植に関する登録等

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

体外受精・胚移植に関する登録施設	<input type="checkbox"/> 登録あり <input type="checkbox"/> 登録なし	
特定治療支援事業の実施機関の指定 (令和4年3月31日時点)	<input type="checkbox"/> 指定あり <input type="checkbox"/> 指定なし	指定年月日 _____年 ____月 ____日

4 人員配置

(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

4-1 常勤医師の配置

氏名	週当たり勤務時間	診療科	左記診療科の経験年数	生殖補助医療に係る経験年数	登録施設※における経験年数
	_____時間	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	_____年	_____年	_____年
	_____時間	<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	_____年	_____年	_____年

※ 登録施設：公益社団法人日本産科婦人科学会「体外受精・胚移植に関する登録施設」

#### 4-2 配偶子・胚の管理に係る人員の配置

	氏名	職種	関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修の受講の有無
配偶子・胚の管理に係る責任者			<input type="checkbox"/> 有（研修名： ） <input type="checkbox"/> 無
配偶子・胚の管理を行う者			<input type="checkbox"/> 有（研修名： ） <input type="checkbox"/> 無
配偶子・胚の管理を行う者			<input type="checkbox"/> 有（研修名： ） <input type="checkbox"/> 無

#### 5 医療機関の設備等

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

	設備（詳細）	その他
① 採卵を行う専用の室	<input type="checkbox"/> 酸素供給装置 <input type="checkbox"/> 吸引装置 <input type="checkbox"/> 心電計 <input type="checkbox"/> 呼吸循環監視装置 <input type="checkbox"/> 救急蘇生セット	<input type="checkbox"/> 準備室を附設している <input type="checkbox"/> 清潔な手洗いの設備を附設している <input type="checkbox"/> 清浄度クラスⅡ以上である
② 培養を行う専用の室	<input type="checkbox"/> 施錠可能である	
③ 凍結保存を行う専用の室	<input type="checkbox"/> 施錠可能である	
④ 兼用の有無	（以下のいずれかに「✓」を記入すること。 <input type="checkbox"/> ①②③全て独立している <input type="checkbox"/> ①②が兼用である <input type="checkbox"/> ①③が兼用である <input type="checkbox"/> ②③が兼用である <input type="checkbox"/> ①②③全て兼用である	

（参考）

○ 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）

第20条第3号 手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房及び照明の設備を有し、清潔な手洗いの設備を附属して有しなければならない。

○ 清浄度クラス

清浄度クラス	名称	該当室	室内圧	微生物濃度
I	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など	陽圧	10 CFU/m <sup>3</sup> 以下
II	清潔区域	手術室	陽圧	200 CFU/m <sup>3</sup> 以下
III	準清潔区域	ICU、NICU、分娩室	陽圧	200-500 CFU/m <sup>3</sup>
IV	一般清潔区域	一般病室、診察室、材料部など	等圧	(500 CFU/m <sup>3</sup> 以下)
V	汚染管理区 拡散防止区域	細菌検査室など トイレなど	陰圧 陰圧	(500 CFU/m <sup>3</sup> 以下)

## 6 医療に係る安全管理を行う体制

安全管理のための指針の整備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
医療事故等の院内報告制度の整備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
安全管理の責任者	氏名 ( )	職種 ( )
委員会の開催	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	開催頻度 ( )
安全管理の体制確保のための職員研修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	実施頻度 ( )

## 7 配偶子・胚の管理に係る体制

配偶子・胚の管理に係る責任者	氏名 ( )	職種 ( )
配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制の整備	配偶子・胚の操作時のダブルチェックの実施 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) その他実施事項 ( )	

## 8 緊急時の対応のための時間外・夜間救急体制

自院における時間外・夜間救急体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
他の保険医療機関との連携による時間外・夜間救急体制の整備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連携先の保険医療機関 名称 ( ) 所在地 ( )

## 9 患者の治療経過の把握に係る体制

胚移植術を実施した患者の出産に係る経過を把握する体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

10 精巣内精子採取術に係る体制

精巣内精子採取術に係る届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の医療機関との連携	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連携先の保険医療機関 名称 ( ) 所在地 ( )

11 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業への協力

国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
----------------------------------	---

12 患者からの相談対応等に係る体制

(1において生殖補助医療管理料1に「✓」を記入した場合にのみ記載すること。)

患者からの相談に対応する専任の担当者	氏名 ( )	職種 ( )
保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者	氏名 ( )	職種 ( )

[記載上の注意]

- 1 医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「8」の自院における時間外・夜間救急体制について、「無」にチェックがついた場合は、「8」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。
- 3 「10」の精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の医療機関との連携について、「有」にチェックがついた場合は、連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。