

(様式2-2)
着床前診断症例認可申請書(習慣流産の場合)

①着床前診断を行う疾患名(均衡型相互転座、Robertson転座など)

②症例の概要

1)妊娠歴・流産歴・分娩歴(生化学的妊娠、異所性妊娠などすべて記載して下さい)

	年月	流産と診断された週数 死産・分娩週数	自然妊娠・ARTの場合 その内容	GS 有無	胎芽エコー (fetal pole) 有無	胎芽(児) 心拍確認 有無	初回 hCG濃度 (妊娠週数)	2回目 hCG濃度 (妊娠週数)	3回目 hCG濃度 (妊娠週数)	流産(絨毛) 染色体検査 結果	死産・生産児の情報 (体重・外表奇形の 有無等)	流産の情報 (患者自己申告の場合 はその旨記載)
1							(週)	(週)	(週)			
2							(週)	(週)	(週)			
3							(週)	(週)	(週)			
4							(週)	(週)	(週)			
5							(週)	(週)	(週)			
6							(週)	(週)	(週)			
7							(週)	(週)	(週)			
8							(週)	(週)	(週)			
9							(週)	(週)	(週)			
10							(週)	(週)	(週)			

2)夫婦および家族歴(遺伝家系図-別紙で提出する場合その旨を記載)

3)着床前診断を希望するに至った経緯

4)夫婦の核型

妻	
夫	

5)習慣流産関連の諸検査成績 *必須 **どちらか一方は必須

子宮形態検査* (子宮奇形の有無)		結果	検査日
抗リン脂質抗体	Lupus anticoagulant (蛇毒法) *		
	Lupus anticoagulant (リン脂質中和法) *		
	抗CLβ2GPI抗体 **		
	抗カルジオリピン抗体IgG **		
	抗カルジオリピン抗体IgM		
その他			

③胚の遺伝子異常、染色体異常の診断法

④クライアントへの説明内容

⑤自施設における遺伝カウンセリング内容と本会への申請に対する同意書

⑥第三者による遺伝カウンセリングの内容および担当者
内容

担当者(所属、資格、履歴など)