FAX送信先：エフ.クリニック 017-729-4108

他院で不妊治療を受けている方の子宮内膜PRP療法申込用紙

記載日：　　年　　月　　日

ふりがな 氏名	生年月日 年　　月　　日（　　歳）
現住所 〒	
電話（平日の日中につながるもの） ー　　ー	当院受診歴 なし ／ あり［ID：　　］
PRP療法を希望する理由（複数選択可） □子宮内膜が薄い　□反復着床不全　□その他［　　］	
治療を希望する周期の月経開始日 月　　日	治療を受けている病院

【予約前の確認事項】　★ **必ず□をチェックしてください。チェックがない場合は予約できません。**

□ PRP療法は保険適用外です。保険適用の生殖補助医療周期では行えません。

□ 高度の貧血、血小板減少症、活動性の肝炎がある場合は治療を受けられません。

□ 治療周期の月経終了後は非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）の服用を控えてください。

□ 現在行っている治療に支障をきたさないよう、PRP療法を受けることを主治医にお伝えください。

□ 今回行っている治療について、主治医から診療情報提供書をいただいてください。

□ 下記のURLまたはQRコードから説明文書と同意書をダウンロードして説明文書をお読みいただき、同意書に署名して受診の際にお持ちください。

説明文書
https://www.efclinic.com/pdf/prp_ic1

同意書
https://www.efclinic.com/pdf/prp_ic2

□ 感染症対策のための待機期間は県外在住の方であっても必要ありませんが、発熱や咳などの自覚症状がある場合は治療できませんので受診を控えてください。

□ 治療は月経10～11日目に1回目、月経12～13日目に2回目、計2回行います。治療する日は月～土曜日の午前９時、または水・木曜日の午後３時に受診してください。日曜・祝日は治療できません。

□ 治療当日は採血（20cc）してPRPを調整します。子宮腔に注入するまで約1時間かかります。治療後の安静は必要なく、生活の制限もありません。

□ 初回の治療日に同意書２通と診療情報提供書を提出していただきます。

ご協力ありがとうございました。治療日を予約したら電話で連絡いたします。