

着床前診断ガイドライン

医療法人登誠会
諏訪マタニティークリニック

2007年6月5日作成
2009年4月1日改訂

産婦人科界が現在認めている着床前診断の実施対象はごく限定的であり、国の法律などありません。当病院では、下記のガイドラインを独自に定め、患者さんご夫婦にも了解し宣誓していただいた上で実施します。

第一項：着床前診断（PDG）とは

受精卵を子宮に戻す前に、4分割～8分割した受精卵から1つの割球（分割している1つの細胞）を取り出して、目的とする染色体に異常がないかをチェックすることです。問題のない受精卵だけを子宮内に戻します。

第二項：実施できる例

1. 染色体の構造異常（相互転座）が原因で流産を繰り返す場合
2. 夫婦の一方か双方に染色体異常、性染色体に伴う遺伝性疾患の因子があり、生まれてくる子どもに遺伝する可能性が強い場合
3. 染色体異常児の出産が強く懸念される、またはその再発が懸念される場合

第三項：留意点

1. 子を差別するものではない
この方法は主として妊娠する前の染色体異常のチェックを目的としますが、すでに誕生している染色体異常児を差別するものではありません。
親となる夫婦の意思を尊重し、選択の自由の一つとしてこの技術は使われるべきであり、説明をした上で患者さんの自己決定を尊重するものであります。
2. 男女産み分けについて
当院では、単純に性別を選ぶための男女産み分けは一切おこないません。

※ガイドラインは、国の法整備や諸状況の変化などを踏まえ、また当病院の倫理委員会にて見直しの必要性を受け、適宜改定をおこなうものとします。

着床前診断に関する宣誓書

医療法人登誠会 諏訪マタニティークリニック 病院長
根津八紘 殿
西暦 年 月 日

私は、「着床前診断ガイドライン」ならびに医師の説明を十分に理解し、着床前診断を受けることを宣誓します。

また、着床前診断がより広く公に認められるよう、プライバシーの守られる範囲において、今後の情報を提供し、住所など連絡先が変わった際には報告いたします。

妻の氏名 印

生年月日 西暦 年 月 日

夫の氏名 印

生年月日 西暦 年 月 日

住所 〒

電話番号
携帯電話番号

FAX 番号
E-mail:

西暦 年 月 日

説明医師氏名 印

コーディネーター氏名 印