

【記載要領・
卵巣過剰刺激症候群(OHSS)】

投薬・使用証明書

(1) 患者の氏名	○ ○ ○ ○		(2) 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	カルテ番号 2 2 - 0 3 1
測定日	R3 年 10 月 2 日	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 大正	
身長	157 cm			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 60 年 4 月 22 日	
体重	53 kg	<input type="checkbox"/> 令和			
(3) 現住所	(〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○) ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○ ○				

※身長・体重は、(4)の医薬品を使用する前で直近の値を記入してください。

院外 処方 (注2)	医薬品等の名称 (会社名)(注3)	規格単位 (注4)	1日 使用量 (注5)	使用方法(注5)		使用期間(注5)		使用理由
				投与(使用) 経路	1日 使用回数	開始日	終了日	
	○ ○ 注射用 (A社)	150単位	150単位	皮下	1回	R3. 10. 2	R3. 10. 8	調節卵巣刺激
	○ ○ 注射用 (B製薬)	250 μ g	250 μ g	皮下	1回	R3. 10. 9	R3. 10. 9	卵胞成熟

※使用目的を具体的に記入してください。
(例示)「調節卵巣刺激」、「調節卵巣刺激以外の排
卵誘発」、「ホルモン補充周期形成」、「黄体補充」、
「感染症治療」、「性機能障害に対するホルモン療法」、
「OHSSの予防」、「OHSSの治療」、等。

※副作用によるものとみられる疾病の原因として疑われた医薬品だけでなく、それと同時期に使用されていた医薬品についても、
記入してください。
※一旦中止して再度使用した場合、漸減/漸増の場合など、同じ医薬品であっても異なる用量に変更した場合は行を分けて記
入してください。
※使用期間の開始日・終了日については処方した期間で差し支えありませんが、患者さんの実際の使用状況が異なる場合は
実際に使用した日にちを記入してください。終了日が不明の場合には、最終処方日と何日分処方したか等のわかる範囲の情報を
記載いただき、空欄にしないでください。

※医薬品等の名称は販売名(商品名)とし、(4)の医薬品を特定できるよう剤形及び規格単位を明確に記入してください。
※使用された医薬品を具体的に特定する必要がありますので、保険薬局において先発医薬品から後発医薬品への変更等があっ
た場合には、販売名(販売名が一般名+屋号を含む)を確認のうえ記入してください(お薬手帳のコピー等を添付していただいても
結構です)。

- (注1) (4)の医薬品等の名称欄には、患者に投薬・使用した医薬品又は再生医療等製品(処方箋を交付した場合も含み
ます)について記入して下さい。
- (注2) 院外処方による場合には、「院外処方」の欄に○印を記入して下さい。
- (注3) 使用された医薬品等を具体的に特定する必要がありますので、一般名処方又は後発医薬品への変更可の処方箋の場合、
実際に投薬された医薬品等の販売名(販売名が一般名+屋号の場合は屋号を含む)を記入して下さい。
- (注4) 医薬品等について、規格・単位を記入して下さい。
- (注5) 上記医薬品等の使用が連日でなかった場合、又は漸減(増)療法によった場合には、「1日使用量」、「使用方法」及び
「使用期間」の欄にその内容が分かるように記入して下さい。

(5) (4)の医薬品等を使用するに至った 傷病の名称又は症状(原疾患)	不妊症
(6) (4)の医薬品等使用時の傷病であって (5)の傷病以外のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合)
(7) (5)及び(6)傷病についての薬剤以外 の処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 1.放射線治療 <input type="checkbox"/> 2.輸血 <input type="checkbox"/> 3.手術 <input type="checkbox"/> 4.その他 ()

※(4)の医薬品を使用することになった原疾患名等を列記してく
ださい。 不妊症の原因として多嚢胞性卵巣症候群などがあれば
記入してください。

(8) (4)の医薬品等を使用するに至った経緯		<div>「医薬品の使用経緯」 ※原疾患の診療経過や(4)の医薬品を選択した経緯等を記入してください。 ※タイミング法、人工授精、体外受精か、又、胚移植実施や妊娠の有無についてもご記入ください。 ※悪性腫瘍に対する治療予定など妊孕性に影響する経過があればご記入ください。</div>
年 月 日	具体的に記入して下さい	
R3. 7. 27	不妊症のため挙児希望にて受診。	
R3. 10. 2	体外受精を目的に調節卵巣刺激のため〇〇注150単位を開始。	
	超音波検査施行：右卵巣サイズ□mm×□mm 左卵巣サイズ□mm×□mm 腹水の有無：無	
	血液検査施行：エストラジオール値 △pg/mL	
R3. 10. 6	超音波検査施行：右卵巣サイズ□mm×□mm 左卵巣サイズ□mm×□mm 腹水の有無：無	
	卵胞径・発育卵胞数：右 16mm以上の卵胞〇個 、左 16mm以上の卵胞〇個	
	血液検査施行：エストラジオール値 △pg/mL	
R3. 10. 8	超音波検査施行：右卵巣サイズ□mm×□mm 左卵巣サイズ□mm×□mm 腹水の有無：無	
	卵胞径・発育卵胞数：右 16mm以上の卵胞〇個 、左 16mm以上の卵胞〇個	
R3. 10. 9	血液検査施行：エストラジオール値 △pg/mL 〇〇注250μgを使用。	
R3. 10. 12	採卵を実施。採卵数〇個。	
R3. 10. 14	嘔気、嘔吐が強いため点滴治療を実施。この周期での移植を中止し、全胚凍結保存とした。	
	体調不良が続くため、〇〇病院へ紹介となる。	<div>「発現状況・症状」 ※医薬品使用後の原疾患の診療経過、副作用によるものとみられる疾病の症状の発症経過を記入してください。 ※発症年月日、入院年月日、発症時および入院時の症状(副作用発症後に受診されなかった場合には記載の必要はありません。)</div>
(9) 備考(特記事項等を記入して下さい。)		
・過去の副作用歴・アレルギー歴 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 有		
・特記すべき体質 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 有		<div>※過去の副作用歴(具体的な医薬品名や症状を含む)、アレルギー歴などについて記入してください。 ※特にアレルギー疾患や自己免疫性疾患については現在の状態を含めて詳しく記入してください。</div>
・喫煙 現在： <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 有 (本/日) 過去： 開始年齢 歳 中止年齢 歳 (本/日) その他特記事項 ()		<div>※喫煙、飲酒が「有」の場合には、その量などを記入してください。</div>
・飲酒 現在： <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (種類： 量：) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 毎週 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 時々 過去： 開始年齢 20 歳 中止年齢 歳 (種類： 量：) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 毎週 ・ <input type="checkbox"/> 時々 その他特記事項 (機会飲酒)		
・参考となる家族歴 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> 有		
・既往歴 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 子宮筋腫		<div>※過去にOHSSの既往がある方は必ず記入してください。</div>

※副作用によるものとみられる疾病の症状に関連して、医薬品投与前後に、超音波検査、血液検査、画像検査等を実施されていしたら、検査結果報告書のコピーや、画像データをコピーしたCD等も添付するようにお願いいたします。

※血液検査、超音波検査につきまして、特に卵胞成熟直前に実施した検査結果は、添付してください。

上記のとおり証明します。令和 4 年 5 月 23 日

病院又は診療所の名称	診療担当科名
〇〇病院	〇 〇 科
所在地	医師氏名
〒〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇	〇 〇 〇 〇
電話番号	
〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	

救済給付に関わる問い合わせ窓口	※投薬・使用証明書を作成された医師以外に、同一施設内で救済給付に関わる問い合わせ窓口(医事課、薬剤部や地域連携室等)を指定される場合には、その担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。
部署名	
担当者名	

- 注意
- 1 診断書を作成する医師が投薬し、又は使用した場合（処方箋を交付した場合を含みます。）には、この書類は不要です。
 - 2 ワクチンを接種されている場合の予診票、その他参考となる資料がありましたら、備考欄にその資料名を記入し、添付して下さい。
 - 3 記入しきれない場合には適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。
 - 4 パソコン等で作成された場合は、紙による提出と共に、電子ファイルをCD等の電子媒体へコピーしたものを添付して下さい。