

# 融解胚移植同意書

1. この治療の目的
2. 本法の適応
3. 本法過程の概略
4. 本法実施が不可能な場合があること
5. 本法実施中に治療を中止する場合があること
6. 本法中止後の胚の取扱いについて
7. 凍結融解胚移植を受けられる方へ（治療の流れ）
8. 費用
9. 治療の同意を撤回する場合
10. 代替可能な治療と治療を行わなかった場合について
11. カウンセリングの提供
12. 実施責任者の死亡もしくは重大なる病気罹患、閉院などが生じた際の胚及び配偶子の処遇について
13. 個人情報について

上記の事項について十分な説明を受け、また十分理解した上で融解胚移植を受けることを申し込みます。

浜田病院 病院長 殿

同意書説明医師 氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者（自署）氏名 \_\_\_\_\_ （代筆不可）

携帯（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

夫（自署）氏名 \_\_\_\_\_ （代筆不可）

携帯（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

※この同意書を融解胚移植当日より前に提出していただかないと、融解胚移植を実施いたしませんのでご了承ください。