

# 顕微授精・胚移植同意書

1. この治療の目的
2. 顕微授精・胚移植の適応
3. 現時点での妊娠率、未だ完成した治療法ではないこと
4. 副作用の可能性
5. 本法実施が不可能な場合があること
6. 本法実施中に治療を中止する場合があること
7. 正常な発育が明らかに不可能と考えられる受精卵の取り扱い
8. 顕微授精・胚移植 治療の流れ
9. 治療に伴う、偶発症発生時の対応
10. 費用
11. 治療の同意を撤回する場合
12. 代替可能な治療と治療を行わなかった場合について
13. カウンセリングの提供
14. 実施責任者の死亡もしくは重大なる病気罹患、閉院や災害などが生じた際の胚及び配偶子の処遇について
15. 倫理的事項について
16. 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顕微授精・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 〒 \_\_\_\_\_

※この同意書を採卵当日より前に提出していただかないと、顕微授精・胚移植を実施いたしませんのでご了承ください。