

体外受精・胚移植の同意書

- 1、この治療の目的
- 2、体外受精・胚移植の適応
- 3、現時点での成功率、未だ完成した治療法ではないこと
- 4、副作用の可能性
- 5、本法の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、体外受精・胚移植の治療を受けられる方へ（治療の流れ）
- 9、費用
- 10、治療の同意を撤回する場合
- 11、代替可能な治療と治療を行わなかった場合について
- 12、カウンセリングの機会の提供
- 13、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
- 14、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体外受精・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

平成 年 月 日

患者（自署）氏名 _____ 印（代筆不可）

携帯（ ） —

E-mail _____

夫（自署）氏名 _____ 印（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、採卵を実施いたしませんのでご了承ください。

(2017.07.10)