

人工授精 同意書

1. 人工授精の目的

人工授精とは、排卵期女性の子宮内に夫の精子を洗浄・濃縮した上で直接注入する治療のことを指します。子宮内に直接精子を注入することで卵管に多数の精子が到達しやすい状態にします。卵子と精子が受精する機会を増やす一般的な不妊治療です。

2. 人工授精の適応

通常の性交渉で妊娠成立の見込みが少ないと判断され、人工授精が必要と考えられる①性交障害 ②軽度男性不妊 ③原因不明不妊 ④その他などが本法の適応となります。周期あたりの妊娠率（子宮内に胎嚢を得る可能性）は約5～15%前後、生産率（出産に至る可能性）は約数～10%前後というのが現状です。成功率は、年齢・回数・排卵個数・精子所見などの条件によって大きく変わります。

3. 人工授精の一般的注意事項

精液はコンドームなどを使わず、専用滅菌カップ内に直接射精して採取します。必ず記名し、蓋を確実に閉じて約2～3時間以内に持参します。

4. 副作用の可能性とその対処

本法は精子の洗浄・濃縮をするため、精子を直接注入するより副作用は少ないですが、処置の刺激で下腹部痛や少量出血することがあります。子宮内膜症などの疾患を合併している場合には、腹膜炎を起こす可能性がありますので、38℃以上の高熱や強い下腹部痛がある場合は、救急受診の可能性あります。

5. 費用

人工授精費用：¥19,800 税込（再診料・注射料金・採精カップ代などは含みません）

6. 代替可能な治療と治療を行わなかった場合について

代替可能な治療としては、性交渉（タイミング法）、体外受精、顕微授精などが考えられます。これらの治療を検討されたい方は、担当医にお申し出下さい。

私達夫婦は、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浜田病院において人工授精を受けることに同意し申し込みます。

尚、治療開始後のどの段階にあっても私達両者もしくは一方から申し出があった際、また医師が治療継続困難と判断した場合は、直ちに治療が中止されることを了承します。

医療法人財団 小畑会 浜田病院
病院長 殿

同意書説明医師 氏名 _____ 印 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者(自署) 氏名 _____

住所 〒 _____ - _____

夫 (自署) 氏名 _____ (※代筆不可)

住所 〒 _____ - _____

※ 本同意書は人工授精実施日を決める診察日までに必ず提出して下さい。
提出いただけない場合には人工授精が実施できませんので、ご了承ください。