

体外受精・胚移植に関する同意書 ①診療録保存用

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植の適応疾患について | <input type="checkbox"/> カウンセリングの機会の提供について |
| <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植の代替的な治療法について | <input type="checkbox"/> 施設側の事情や天災で閉院となった際の対応 |
| <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植の安全性について | |
| <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植の方法について | |
| <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植の成績について | |
| <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植に伴うリスクについて | |
| <input type="checkbox"/> 個人情報の保護と日本産科婦人科学会への報告義務について | |
| <input type="checkbox"/> 体外受精・胚移植の費用について | |
| <input type="checkbox"/> 治療の選択と撤回の自由について | |

私達夫婦は、体外受精・胚移植による不妊治療について担当医師からその必要性およびそれに伴う合併症などについて「体外受精・胚移植に関する説明書」にて上記の項目の説明を受け、質問の機会が与えられ理解いたしました。また、実施中に緊急の処置をする必要性が生じたときには適宜処置を受けること、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合には、直ちに治療を中止することがあり得ることについても理解しました。以上のもとで、自由な意思に基づき、麻酔や手術を含め体外受精・胚移植による不妊治療を行うことを希望し、同意書を提出します。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師:井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

住所:〒 _____

本人の署名 : _____ (自筆)

生年月日(本人) : _____年____月____日

パートナーの署名 : _____ (自筆)

生年月日(パートナー): _____年____月____日

顕微授精(卵細胞質内精子注入法)に関する同意書 ①診療録保存用

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

- 顕微授精の適応疾患について
- 顕微授精の代替的な治療法について
- 顕微授精の安全性について
- 顕微授精の方法について
- 顕微授精の成績について
- 顕微授精に伴うリスクについて
- 個人情報の保護と日本産科婦人科学会への報告義務について
- カウンセリングの機会の提供について
- 顕微授精の費用について
- 治療の選択と撤回の自由について

私達夫婦は、顕微授精による不妊治療について担当医師からその必要性およびそれに伴う合併症などに関し、「顕微授精に関する説明書」にて上記の項目の説明を受け、質問の機会が与えられ理解しました。また、実施中に緊急の処置をする必要性が生じたときには適宜処置を受けること、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合には、直ちに治療を中止することがあることについても理解しました。以上のもので、自由な意思に基づき、麻酔や手術を含め顕微授精による不妊治療を行うことを希望し、同意書を提出します。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師: 井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

住所: 〒 _____

本人の署名 : _____ (自筆)

生年月日(本人) : _____年____月____日

パートナーの署名 : _____ (自筆)

生年月日(パートナー): _____年____月____日

体外受精・胚移植に関する同意書 ②患者様控え

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

- 体外受精・胚移植の適応疾患について
- 体外受精・胚移植の代替的な治療法について
- 体外受精・胚移植の安全性について
- 体外受精・胚移植の方法について
- 体外受精・胚移植の成績について
- 体外受精・胚移植に伴うリスクについて
- 個人情報の保護と日本産科婦人科学会への報告義務について
- 体外受精・胚移植の費用について
- 治療の選択と撤回の自由について
- カウンセリングの機会の提供について
- 施設側の事情や天災で閉院となった際の対応

私達夫婦は、体外受精・胚移植による不妊治療について担当医師からその必要性およびそれに伴う合併症などについて「体外受精・胚移植に関する説明書」にて上記の項目の説明を受け、質問の機会が与えられ理解いたしました。また、実施中に緊急の処置をする必要性が生じたときには適宜処置を受けること、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合には、直ちに治療を中止することがあり得ることについても理解しました。以上のもとで、自由な意思に基づき、麻酔や手術を含め体外受精・胚移植による不妊治療を行うことを希望し、同意書を提出します。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師:井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

住所:〒 _____

本人の署名 : _____ (自筆)

生年月日(本人) : _____年____月____日

パートナーの署名 : _____ (自筆)

生年月日(パートナー): _____年____月____日

顕微授精(卵細胞質内精子注入法)に関する同意書 ②患者様控え

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

- 顕微授精の適応疾患について
- 顕微授精の代替的な治療法について
- 顕微授精の安全性について
- 顕微授精の方法について
- 顕微授精の成績について
- 顕微授精に伴うリスクについて
- 個人情報保護と日本産科婦人科学会への報告義務について
- カウンセリングの機会の提供について
- 顕微授精の費用について
- 治療の選択と撤回の自由について

私達夫婦は、顕微授精による不妊治療について担当医師からその必要性およびそれに伴う合併症などに関し、「顕微授精に関する説明書」にて上記の項目の説明を受け、質問の機会が与えられ理解しました。また、実施中に緊急の処置をする必要性が生じたときには適宜処置を受けること、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合には、直ちに治療を中止することがあることについても理解しました。以上のもとで、自由な意思に基づき、麻酔や手術を含め顕微授精による不妊治療を行うことを希望し、同意書を提出します。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師: 井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

住所: 〒 _____

本人の署名 : _____ (自筆)

生年月日(本人) : _____年____月____日

パートナーの署名 : _____ (自筆)

生年月日(パートナー): _____年____月____日

胚(受精卵)・卵子の凍結保存に関する同意書 ①診療録保存用

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存の適応疾患について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存の具体的な方法について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存期間とその延長について
- 凍結・融解胚(受精卵)を用いた胚移植の成績について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存に伴うリスクについて
- 個人情報保護と日本産科婦人科学会への報告義務について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存の費用について
- カウンセリングの機会の提供について
- 施設側の事情や天災で閉院などが生じた際の対応
- 治療の選択と撤回の自由について

私達夫婦は、ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存による不妊治療について担当医師からその必要性およびそれに伴う合併症などに関し、「ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存及び融解・胚移植に関する説明書」にて上記の項目の説明を受け、質問の機会が与えられ理解しました。また、実施中に緊急の処置をする必要性が生じたときには適宜処置を受けること、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合には、直ちに治療を中止することがあることについても理解しました。以上のもとで、自由な意思に基づき、麻酔や手術を含めヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存による不妊治療を行うことを希望し、同意書を提出します。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師: 井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

住所: 〒 _____

本人の署名 : _____ (自筆)

生年月日(本人) : _____年____月____日

パートナーの署名 : _____ (自筆)

生年月日(パートナー): _____年____月____日

静脈麻酔を受ける同意書 ①診療録保存用

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

私は、今回麻酔を受けるにあたり医師から「静脈麻酔を受ける説明書」に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師:井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

署名: _____ (自筆)

生年月日: _____年____月____日

胚(受精卵)・卵子の凍結保存に関する同意書 ②患者様控え

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存の適応疾患について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存の具体的な方法について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存期間とその延長について
- 凍結・融解胚(受精卵)を用いた胚移植の成績について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存に伴うリスクについて
- 個人情報保護と日本産科婦人科学会への報告義務について
- ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存の費用について
- カウンセリングの機会の提供について
- 施設側の事情や天災で閉院などが生じた際の対応
- 治療の選択と撤回の自由について

私達夫婦は、ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存による不妊治療について担当医師からその必要性およびそれに伴う合併症などに関し、「ヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存及び融解・胚移植に関する説明書」にて上記の項目の説明を受け、質問の機会が与えられ理解しました。また、実施中に緊急の処置をする必要性が生じたときには適宜処置を受けること、担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合には、直ちに治療を中止することがあることについても理解しました。以上のもとで、自由な意思に基づき、麻酔や手術を含めヒト胚(受精卵)・卵子の凍結保存による不妊治療を行うことを希望し、同意書を提出します。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師: 井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

住所: 〒 _____

本人の署名 : _____ (自筆)

生年月日(本人)
: _____年____月____日

パートナーの署名 : _____ (自筆)

生年月日(パートナー): _____年____月____日

静脈麻酔を受ける同意書 ②患者様控え

北熊本井上産婦人科医院 リプロダクション部門責任者 殿

私は、今回麻酔を受けるにあたり医師から「静脈麻酔を受ける説明書」に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

説明日(西暦): _____年____月____日 説明医師:井上 治

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

署名: _____ (自筆)

生年月日: _____年____月____日

提出した精液(自宅採精)に関する確認書

北くまもと井上産婦人科 リプロダクション部門責任者 殿

今回の人工授精および体外受精、顕微授精に際し、提出しました精子は、

採取日時(西暦): _____年____月____日____時____分

パートナー(自署_____)の精液で間違いありません。

※本用紙を忘れますと人工授精および体外受精・顕微授精を実施出来ませんのでご注意ください。

※採精カップの入っている袋と一緒に入れてください。

提出日 (西暦)_____年____月____日

同意書記入年月日(西暦): _____年____月____日

住所:〒 _____

患者様の署名 : _____ (自筆)

生年月日(患者様) : _____年____月____日

パートナーの署名 : _____ (自筆)

生年月日(パートナー): _____年____月____日