

ヒト胚（受精卵）・卵子の融解と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

- ヒト胚（受精卵）・卵子の融解と胚移植の適応疾患について
- ヒト胚（受精卵）・卵子の融解と胚移植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
- 融解ヒト胚（受精卵）・卵子を用いた胚移植治療法のリスクについて
- 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
- ヒト胚（受精卵）・卵子の融解と胚移植の費用について
- 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・胚移植について」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。また、融解胚移植は移植の都度、同意が必要となります。以上のもとで、自由な意思に基づき、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 : _____ 印（自筆）

生年月日（本人） : _____年 _____月 _____日

パートナーの署名 : _____ 印（自筆）

生年月日（パートナー） : _____年 _____月 _____日

ヒト胚（受精卵）・卵子の融解と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

- ヒト胚（受精卵）・卵子の融解と胚移植の適応疾患について
- ヒト胚（受精卵）・卵子の融解と胚移植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
- 融解ヒト胚（受精卵）・卵子を用いた胚移植治療法のリスクについて
- 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）・卵子の融解と胚移植の費用について
- 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・胚移植について」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。また、融解胚移植は移植の都度、同意が必要となります。以上のもとで、自由な意思に基づき、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 : _____ 印（自筆）

生年月日（本人） : _____年 _____月 _____日

パートナーの署名 : _____ 印（自筆）

生年月日（パートナー）： _____年_____月_____日