

顕微授精（ICSI=卵細胞質内精子注入法）の同意書

I. 顕微授精（ICSI）の治療に関する以下の事項について、
担当医師から十分な説明を受けました。

- 1) 本法の概略
- 2) 本法の実施は、法的に婚姻関係にある夫婦（または当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある）に行われること
- 3) 本法は精子の状態が極めて不良で通常の受精方法では受精の可能性が低い場合に実施されること
- 4) 以前の体外受精で受精障害が疑われた場合に実施されること
- 5) 顕微授精において、精子の受精能力が低いあるいは卵子の質が不良であるため全く受精しない可能性があること
- 6) 治療手技がキャンセルまたは不成功に終わり、妊娠に至らない可能性があること
- 7) 採卵手術・胚培養中に災害（地震、火災、停電など不可抗力その他当院の責めに帰すべからざる事由）が起きた場合による胚の損害・紛失等が起きることを理解し納得している。
- 8) 実施前後のデータは日本産科婦人科学会への報告義務があり、学術目的のための成績発表の際に治療経過を使用させていただきますが、個人情報保護法にしたがい個人と特定されない形でおこないます
- 9) 治療選択の任意性と撤回の自由について
- 10) 必要な経費

説明医師： _____

II. 上記の説明を十分理解した上で、顕微授精を受けることに同意します。

ノア・ウィメンズクリニック

院長 田中 宏明 殿

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

住所 _____

本人診察券番号 _____

本人氏名（自署） _____

印

配偶者氏名（自署） _____

印