

体外受精・胚移植・顕微授精の同意書

この申し込みにあたって、体外受精・胚移植・顕微授精にかかわる以下の事項について十分な説明を受けました。私たちは、その内容を十分理解した上で、それらの医療を受ける事を申し込みます。

- 1) 本法の目的
- 2) 本法の適応
- 3) 本法の治療法
- 4) 本法の問題点・リスク
- 5) 必要な経費
- 6) 日本産科婦人科学会への報告義務
- 7) 個人情報の保護
- 8) 治療選択の任意性と撤回の自由

ノア・ウィメンズクリニック 院長 殿

平成 年 月 日

申込者 住所 _____

(妻) 氏名 _____ 印

(夫) 氏名 _____ 印

胚・卵子凍結保存に関する同意書

・この申し込みに当たって、胚・卵子の凍結保存に関する以下の事項について、十分な説明を受けました。体外受精を受けた際に必要があれば、内容を十分に理解した上で、胚・卵子の凍結保存を申し込みます。

- 1) 本法の目的・適応・方法について
- 2) 本法の利点と問題点について
- 3) 凍結受精卵の廃棄について
- 4) 必要な経費など

・また、凍結保管期間は凍結日より 1 年間であり、その後 1 年ごとに更新手続きを行わなかった場合、凍結されている保管物は破棄されることを承諾いたします。

ノア・ウィメンズクリニック 院長 殿

平成 年 月 日

申込者 住所 _____

(妻) 氏名 _____ 印

(夫) 氏名 _____ 印