

# 体外受精の同意書

I. この申し込みにあたって、体外受精にかか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) 本法の施行は、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) 排卵誘発剤、採卵・麻酔などに伴う副作用について
- 4) 精子の受精に能力が低い、あるいは卵子の質が不良であるため全く受精しないことがあること
- 5) 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
- 6) 移植胚は原則1個であるが、年齢・胚の状態・治療歴により最大2個まで移植ができること
- 7) 胚移植に至らなかった受精卵および未受精卵は責任をもって廃棄処分されること
- 8) 精子をご持参いただく場合、持ち込み精子は夫のものに限られること
- 9) 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
- 10) 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
- 11) 必要な経費

説明医師： \_\_\_\_\_

II. 上記の説明を十分理解した上で、体外受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

緊急連絡先氏名 \_\_\_\_\_  
(続柄) \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) \_\_\_\_\_