

体外受精・胚移植(顕微授精や凍結卵移植を含む)の 同意および申込書

I. この申し込みにあたって、体外受精・胚移植(顕微授精や凍結卵移植を含む)にかかる以下の事項について 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、原則法的に婚姻関係にある夫婦に限られること
- 3) 副作用および本法による先天異常の発生の可能性
- 4) 現時点での成功率(完全な治療法ではないこと)
- 5) 本法の実施が途中で不可能になったり、中断する場合があること
- 6) 移植する受精卵は原則として2個以内とすること
- 7) 胚移植に至らなかった受精卵および未受精卵の取り扱い
- 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) 必要な経費
- 10) 日本産婦人科学会への報告義務
- 11) 個人情報の保護
- 12) 治療選択の任意性と撤回の自由

II. 上記の説明を十分理解した上で、体外受精・胚移植(顕微授精や凍結胚移植を含む)を受ける事を申し込みます。

ノア・ウィメンズクリニック
院長 田中 宏明 様

年 月 日

申込者 住所

妻(自署)氏名

⑩

(診察券番号

)

夫(自署)氏名

⑩

(診察券番号

)

緊急連絡先 氏名

(続柄)

連絡先 ()
