

融解・胚移植の同意書

I. この申し込みにあたって、受精卵の凍結保存の方法および融解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) 本法の概要について
- 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) 本法の利点と問題点について
- 4) 融解した胚の状態（変性・発育停止など）によっては胚移植法が実施できない場合がある、またその際の胚は廃棄処分されること
- 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) 必要な費用

説明医師： _____

II. 上記の説明を十分理解した上で、凍結受精卵の融解・胚移植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