



体外受精胚移植法についての同意書

医療法人オーク会
理事長殿

この度私たち夫婦は、体外受精胚移植法について担当者より必要性、治療内容、問題点について詳しく説明を受けました。問題点として以下の点、

1. 体外受精胚移植法とは
2. 適応
3. リスク
4. 成績
5. 料金
6. その他

について十分理解し、納得しました。その上で体外受精胚移植法を受けることに同意いたします。

なお、私たち夫婦のほか、親族一同、貴院の治療方針を信頼し、万一予測不可能な状況が生じた場合は貴院が必要と判断される緊急の手術や処置を行うことに同意いたします。上記の通り誓約し本書面を提出いたします。

西暦 年 月 日

住所 〒

ID _____ 氏名(妻) _____ 印

氏名(夫) _____ 印

オーク住吉産婦人科 TEL 06-4398-1000

オークなんばレディースクリニック TEL 06-4396-7520

オーク梅田レディースクリニック TEL 06-6348-1511

オーク銀座レディースクリニック TEL 03-3567-0099

説明者 ()