



顕微授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、顕微授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。以下の点、

1. 顕微授精 (ICSI) 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。その上で顕微授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 ()