



## 顕微授精胚移植法についての同意書

院長殿

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。問題点として以下の点、

1. 治療がさまざまな理由により遂行できない可能性があること。
2. 偶発的な事由での胚細胞へのダメージ、紛失の可能性があること。  
(卵巣出血、骨盤内臓器損傷、卵巣過剰刺激症候群。)
3. 合併症による追加治療の可能性があること。
4. 出生する児の奇形等の発生率に関すること。
5. 成功率に関すること。
6. 多胎妊娠の可能性に関すること。
7. 完成された治療法ではないこと。
8. 余剰卵の処分を貴院に一任すること。
9. 顕微授精胚移植法で治療経過に関する情報を、日本産科婦人科学会に匿名性を保った上で解析あるいは報告すること。
10. 顕微授精胚移植法に従事する者は、守秘義務に十分留意する者であること。

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 \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_

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 ( )