



## 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. 管理権の移譲
7. 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、被移譲者) \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 氏名(夫、移譲者) \_\_\_\_\_ 印

オーク住吉産婦人科  
 オークなんばレディースクリニック  
 オーク梅田レディースクリニック  
 オーク銀座レディースクリニック TEL 0120-009-345

説明者 ( )