

# 胚移植に関する同意書

医療法人佐久平リプロダクションセンター  
佐久平エンゼルクリニック 院長殿

このたび、私たちは、下記の各項目に関して「**卵子・胚凍結保存・融解胚移植説明書**」を熟読し、その内容を理解した上で治療を行うことに同意いたします。

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ①適応         | <input type="checkbox"/> ⑨カウンセリングの提供                        |
| <input type="checkbox"/> ②具体的な方法     | <input type="checkbox"/> ⑩学会への報告義務・診療情報や成績の発表・<br>個人情報の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> ③治療の成績      | <input type="checkbox"/> ⑪震災時、停電時等の対応について                   |
| <input type="checkbox"/> ④費用         | <input type="checkbox"/> ⑫免責事項                              |
| <input type="checkbox"/> ⑤治療のリスク・注意点 | <input type="checkbox"/> ⑬治療選択の任意性と撤回の自由                    |
| <input type="checkbox"/> ⑥安全性        | <input type="checkbox"/> ⑭正常に発育しなかった胚の取り扱い                  |
| <input type="checkbox"/> ⑦移植胚数       |   |
| <input type="checkbox"/> ⑧保存期間       |   |

---

\* ( ) に○をつけて下さい。

卵子・胚凍結保存・融解胚移植説明書を熟読し、理解しました。( はい )

胚移植に関して ( 同意する ・ 同意しない )

同意年月日 : 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL (自宅) \_\_\_\_\_ 同意者署名 (本人) \_\_\_\_\_ 印

TEL (緊急連絡先) \_\_\_\_\_ 同意者署名 (パートナー) \_\_\_\_\_ 印