

# 体外受精に関する同意書

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「**体外受精および顕微授精・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。

\*同意いただけましたら□にレ点を入れて下さい。

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ①適応         | <input type="checkbox"/> ⑧カウンセリングの提供                    |
| <input type="checkbox"/> ②具体的な方法     | <input type="checkbox"/> ⑨学会への報告義務・診療情報や成績の発表・個人情報の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> ③治療の成績      | <input type="checkbox"/> ⑩治療選択の任意性と撤回の自由                |
| <input type="checkbox"/> ④費用         | <input type="checkbox"/> ⑪正常に発育しなかった胚の取り扱い              |
| <input type="checkbox"/> ⑤治療のリスク・注意点 | <input type="checkbox"/> ⑫免責事項                          |
| <input type="checkbox"/> ⑥代替手段       |   |
| <input type="checkbox"/> ⑦安全性        |   |

\* ( ) に○をつけて下さい。

**体外受精および顕微授精・胚移植説明書を熟読し、理解しました。( はい )**

体外受精に関して ( 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

# 顕微授精に関する同意書

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「**体外受精および顕微授精・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。

\* 同意いただけましたら□にレ点を入れて下さい。

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ①適応         | <input type="checkbox"/> ⑧カウンセリングの提供                    |
| <input type="checkbox"/> ②具体的な方法     | <input type="checkbox"/> ⑨学会への報告義務・診療情報や成績の発表・個人情報の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> ③治療の成績      | <input type="checkbox"/> ⑩治療選択の任意性と撤回の自由                |
| <input type="checkbox"/> ④費用         | <input type="checkbox"/> ⑪正常に発育しなかった胚の取り扱い              |
| <input type="checkbox"/> ⑤治療のリスク・注意点 | <input type="checkbox"/> ⑫免責事項                          |
| <input type="checkbox"/> ⑥代替手段       |   |
| <input type="checkbox"/> ⑦安全性        |   |

\* ( ) に○をつけて下さい。

**体外受精および顕微授精・胚移植説明書を熟読し、理解しました。( はい )**

顕微授精に関して ( 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

# 卵子・胚凍結保存に関する同意書

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。

\*同意いただけましたら□にレ点を入れて下さい。

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <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・個人情報の取り扱い |
| <input type="checkbox"/> ③治療の成績      |   |
| <input type="checkbox"/> ④費用         | <input type="checkbox"/> ⑪震災時、停電時等の対応について               |
| <input type="checkbox"/> ⑤治療のリスク・注意点 | <input type="checkbox"/> ⑫免責事項                          |
| <input type="checkbox"/> ⑥安全性        | <input type="checkbox"/> ⑬治療選択の任意性と撤回の自由                |
| <input type="checkbox"/> ⑦移植胚数       | <input type="checkbox"/> ⑭正常に発育しなかった胚の取り扱い              |
| <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 )**

卵子・胚凍結保存に関して ( 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