

凍結胚融解に関する同意書

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"/> 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)

□凍結胚融解に関して (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

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。

*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"/> 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