

融解胚移植術の準備から結果確認までの治療計画同意書

小嶋ウイメンズクリニック 院長殿

私たち夫婦は、以下の内容に関する説明・文書提供・e-ラーニングを受け、十分に理解しました。

熟慮の上、凍結胚の融解胚移植術を受けることに同意します。また、治療に同意できなくなった場合には、すみやかに同意を撤回する意思表示を行うことを約束します。

- 1 凍結胚の融解胚移植術の意義について
- 2 移植する胚の個数は原則 1 個であることについて
- 3 融解胚移植術の準備と方法について
- 4 融解胚移植術後の妊娠判定の時期および凍結胚の融解胚移植術の生児獲得率について
- 5 凍結胚の融解胚移植術の危険性および凍結胚の融解胚移植術で生まれた児の先天異常について
- 6 凍結融解時に胚が損傷する可能性について
- 7 カウンセリングの機会および個人情報保護と学会への報告について
- 8 費用について

融解された胚は該当ご夫婦以外の第三者に譲渡ならびに移植などは行いません。また融解胚移植術を行うことに同意されない場合であっても不利益を受けないこと、同意はいつでも撤回可能であり、撤回された場合も不利益を受けることなく今までどおりに診察を受けられることを保障します。

不測の事態(地震・風水害などの天災、火災、テロや犯罪の被害、液体窒素の不足、培養器や凍結タンの故障、その他)によりお預かりしている胚を遺失する可能性があります。不測の事態が発生した場合は、それまでお支払いいただいた治療費の返金はできません。ご了承ください。

実施責任医師 小嶋ウイメンズクリニック 院長 小嶋康夫
本田秀美

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話番号 _____

夫(本人自署) _____

妻(本人自署) _____

ID _____

* 提出いただいた後、控えとしてコピーをお渡しますので大切に保管してください。

* ご質問がある方は、院長よりお答えいたします。お近くのスタッフにお申し付けください。