

凍結胚の融解・移植の同意書

私たち夫婦は、現在凍結保存中の胚を融解し、胚移植を受けることに同意します。
医師やスタッフからの説明と文書によって、下記の事項について十分に理解し、納得しました。
治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。
また、副作用の出現や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

(□にチェックをお願いします)

- 凍結融解胚移植の具体的な方法はどのようなものか理解しました。
- 凍結融解胚による胚移植の妊娠率について理解しました。
- 凍結胚の融解後の生存率について理解しました。
- 融解した胚の状態によっては胚移植に使用できず、その胚は廃棄されることを理解しました。
- 凍結融解胚移植によって考えられる危険性と副作用について理解しました。
- 凍結融解胚移植にかかる費用について（体外受精に関わる費用一覧 参照）理解しました。
- 下記の注意事項について理解しました。
 - ・この治療は夫婦であることが前提です。
 - ・この同意書の提出がない場合は、凍結融解胚移植を行うことは出来ません。
必ず胚移植日までにご提出をお願いいたします。
 - ・この同意書は、今回の凍結融解胚移植用です。今後も凍結融解胚移植を希望する場合は、その都度凍結胚の融解・移植の同意書を提出していただきます。
 - ・災害などの不測の事態が生じた場合には、胚への影響を回避できないこともあり得ます。
 - ・この同意書を提出した後でも、胚の融解前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。
 - ・今回説明した凍結融解胚移植は標準的な治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。
 - ・患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析、もしくは日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

足立産婦人科クリニック 院長

説明日 20 年 月 日

説明者【 】

同意年月日：20 年 月 日

住所：〒

電話番号：

夫氏名（自署）：ID 氏名

妻氏名（自署）：ID 氏名

* 提出していただいた後、患者様控えをお渡ししますので、大切に保管してください。