

体外受精・胚移植に関する同意書

体外受精・胚移植の方法や合併症についての説明を十分理解したうえで、体外受精・胚移植を受けることに同意します。

- 1. 本法の適応や治療過程の概略について理解しました。
- 2. 現時点での妊娠率、未だ完成した治療でないこと。
- 3. 副作用および流産、子宮外妊娠、先天異常発生の可能性のあること。
- 4. 胚移植は原則1個とすること。2個移植した時は多胎妊娠の可能性が高くなること。
- 5. 本法の実施が不可能な場合があること。
- 6. 費用に関すること。
- 7. 患者様に不利益をもたらさない範囲内で研究・調査にご協力いただく場合があること。
- 8. 学会への報告の義務や学会で発表する場合があること。(その際には個人情報の保護には十分な配慮をしております。) また妊娠、出産された場合、その後の追跡調査にご協力いただくこと。
- 9. その他、カウンセリングの機会、担当医師の病気、死亡時の対応、災害時の対応について理解しました。
- 10. 卵胞の数が多くなると卵巣が腫れたり、腹水が溜まったりしてその結果血液の濃縮から血栓が生じ最悪の場合、肺や脳に飛んで死に至る症例も稀に報告があることを理解しました。

なお治療開始後どの段階であっても、私たちの両者、もしくは一方の申し出があれば、直ちに治療は中止されます。また担当医師が継続困難と判断すれば、直ちに治療が中止されることも了承いたします。

渡辺産婦人科 院長殿

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名(自署) _____ 印

配偶者氏名(自署) _____ 印

説明医師 渡辺裕之 印

卵子および胚の凍結保存・廃棄に関する同意書

卵子および胚の凍結保存・廃棄について説明を十分理解したうえで、治療を行うことに同意します。

- 1. 余剰胚の凍結方法や融解後の生存率、問題点について十分な説明を受け、理解しました。
- 2. 胚の保存期間は1年以内とすること。1年以上の保存を希望する場合には1年以内に申し出ます。申し出がない場合は胚を廃棄することに同意します。
- 3. 妻が女性の生殖年齢を超えた場合、夫婦の一方が死亡した場合や行方不明の場合、離婚された場合、連絡するとともに、胚を廃棄することに同意します。
- 4. 融解後に変性した胚の取り扱いについては貴院に一任いたします。
- 5. 胚移植は原則1個とすること。2個戻したときは多胎妊娠の可能性があること。
- 6. 凍結保存に関する研究・調査、学会への報告や発表へは治療に影響を与えない範囲で協力いたします。(ただし個人情報の保護へは十分配慮します)
- 7. 連絡先の変更があった場合には連絡いたします。
- 8. その他、カウンセリングの機会、担当医師の病気、死亡時、災害時の対応のことについて理解しました。

渡辺産婦人科 院長殿

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名 (自署) _____ 印

配偶者氏名 (自署) _____ 印

説明医師 渡 辺 裕 之 印

卵子および胚の融解、使用に関する同意書

凍結保存してあった卵子および胚の融解について説明を十分理解したうえで、融解し治療に使用することに同意します。

渡辺産婦人科 院長殿

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名（自署） _____ 印

配偶者氏名（自署） _____ 印

説明医師 渡 辺 裕 之 印

顕微授精・胚移植に関する同意書

顕微授精・胚移植の方法や合併症についての説明を十分理解したうえで、顕微授精・胚移植を受けることに同意します。

- 1. 本法の適応や治療過程、副作用の概略について理解しました。
- 2. 現時点での妊娠率、未だ完成した治療でないこと。
- 3. 副作用および流産、子宮外妊娠、先天異常発生の可能性のあること。
- 4. 男児に精子が少なくなる素因を引き継ぐ可能性があること。
- 5. 胚移植は原則1個とすること。2個移植した時は多胎妊娠の可能性が高くなること。
- 6. 本法の実施が不可能な場合があること。
- 7. 費用に関すること。
- 8. 患者様に不利益をもたらさない範囲内で研究・調査にご協力いただく場合があること。
- 9. 学会への報告の義務や学会で発表する場合があること。(その際には個人情報の保護には十分な配慮をしております。) また妊娠、出産された場合、その後の追跡調査にご協力いただくこと。
- 10. その他、カウンセリングの機会、担当医師の病気、死亡時の対応、災害時の対応について理解しました。

なお治療開始後どの段階であっても、私たちの両者、もしくは一方の申し出があれば、直ちに治療は中止されなければなりません。また担当医師が継続困難と判断すれば、直ちに治療が中止されることも了承いたします。

渡辺産婦人科 院長殿

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名 (自署) _____ 印

配偶者氏名 (自署) _____ 印

説明医師 渡 辺 裕 之 印

孵化補助技術（アシストハッチング；AHA）に関する同意書

孵化補助技術（アシストハッチング；AHA）について説明を受け、十分理解したうえで、AHAを受けることに同意します。

渡辺産婦人科 院長殿

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名（自署） _____ 印

配偶者氏名（自署） _____ 印

説明医師 _____ 渡 辺 裕 之 印