

顕微授精 ・ 胚移植の同意書

ローズレディースクリニック 院長 石塚 文平 殿

私たち夫婦は、ローズレディースクリニックより顕微授精 ・ 胚移植に関する下記の項目について、「体外受精 ・ 顕微授精 ・ 胚移植を受けられる方へ（説明書）」を用いて説明を受け、その内容を十分に理解しましたので、顕微授精 ・ 胚移植を用いた治療を受けることに同意します。

1. 本法の概略
2. 副作用 ・ 合併症および本法による先天異常発生の可能性
3. 成績
4. 費用
5. 卵子 ・ 精子 ・ 受精卵 ・ 胚の天災時および閉院時の対応
6. 個人情報の保護
7. 日本産科婦人科学会への報告義務
8. 学会発表等学術目的の情報利用
9. 治療選択の任意性と撤回の自由

年 月 日

妻氏名（自署）
_____（ID _____）

夫氏名（自署）

説明医師名 _____ 石塚 文平