

◇ 生殖補助医療治療開始前の同意書 ◇

※提出がない場合、治療の実施は出来ませんので あらかじめご了承ください

※虚偽報告の場合、当院は今後起こりうる全ての事象に一切の責任を負いません

医療法人社団 ひとみ会 白井医院 院長 殿

私達は貴院において不妊治療を行うにあたり、下記事項を遵守することを誓約いたします。

下記項目を確認し、を入れて、自署にてご署名をお願いいたします。

- 私達は法的婚姻関係あるいは事実婚関係にあり、私達二人以外の人との婚姻関係はなく、同一世帯です。同一世帯でない場合は事実婚及び重婚でないことを証明する書類を提出いたします。
- 夫婦関係に変更があった場合(離婚、死別、事実婚の解消または婚姻)には、速やかに貴院へ連絡し、必要な書類がある場合には提出いたします。事実婚または婚姻関係を解消した場合、または婚姻関係を認められないと貴院が判断した場合は、不妊治療の継続および凍結保存中の胚や精子の破棄等の取扱いについて貴院の方針に従います。
- 私達について過去に他院にて不妊治療での治療歴があった場合、現時点までのすべての治療内容と経過を貴院へ申告いたします。万が一申告漏れがあった際に治療行為が保険適用外となる場合がある事を了承し、貴院に一切の責任を問いません。
- 貴院での不妊治療で妊娠・出産した児については、責任をもって認知を行う意向があります。
- 貴院での不妊治療において婚姻関係から生じる事態への責任は、貴院は負わないことを承諾いたします。
- 施行に関して貴院が実施したオンラインガイダンスでの医師からの説明および「Dr.A のよくわかる生殖医療・体外受精」のパンフレットを読み内容を理解の上、承知いたしました。
- 採卵・胚移植等の施術に関して、院長以外の担当医師になる場合がある事を承諾いたします。

令和 年 月 日

患者診察券番号: _____

患者氏名(自署): _____

配偶者氏名(自署): _____