

私達夫婦は貴院での体外受精・胚移植法(IVF-ET)による治療・顕微授精による治療を希望いたします。施行に関しては以下について別紙(当院指定の「Dr.A のよくわかる生殖医療・体外受精」パンフレット)または担当医師からの口頭の説明により理解の上、承知いたしましたので、ここに治療の同意書を提出いたします。なお、不測の事態が生じた場合には医師の判断により適切な処置を受けることに同意いたします。

体外受精・胚移植法に関する同意書

◆採卵当日、被実施者(妻)のみ来院する場合は、受精方法の最終決定権を被実施者に一任します

1. 体外受精・胚移植法の必要性と具体的方法について
2. 投薬、採卵、麻酔などによる副反応やリスクについて
3. 体外受精・胚移植法に係る費用について
4. 妊娠経過の観察は当院の方針に従うこと
5. 本法により出生した児の長期予後については未だ判明していないところがあること

以上6点について理解の上、了承いたします

※万が一、採卵当日の精液の状態が予想外に不良であり、急遽顕微授精を施行せざるを得ない際には「顕微授精に関する同意書」の同意がない場合、施行できません

※採卵術費用は採卵を実施した場合に、卵が回収できたかどうかにかかわらず必要となります

顕微授精(ICSI)法に関する同意書

当院では以下の場合に、顕微授精を実施しております

- ① 精液の状態が極めて不良で通常の受精方法では受精の可能性が低い場合
- ② 以前の体外受精で明らかな授精障害が疑われた場合
- ③ ご夫婦の希望

※採卵後の診察の際に、精液・卵子の状態を総合的に判断してご提案をし、顕微授精の同意がある方のみ施行いたします

1. 受精法…体外受精(IVF)または顕微授精(ICSI)に関して
(希望される内容の□にチェックをしてください)

- 原則は体外受精(IVF)希望だが、精子所見が不良の場合は顕微授精(ICSI)を希望します
- 精子所見が不良の場合でも、顕微授精は希望しません。(受精率が悪くなることを了承します)
- 精子所見に関わらず、顕微授精を希望します
- 精子の選別に生殖医療の「ZyMot sperm separator」を実施することに同意します。

2. 胚培養に係る【先進医療】について

- 胚培養に関して、全件タイムラプス(先進医療)を実施することに同意いたします

3. 受精卵(胚)の凍結保存に関して

(□に1か所のみチェックをしてください)

- 胚凍結を希望いたします
- 胚凍結を希望いたしません

卵子または胚の凍結保存および 新鮮胚移植・融解胚移植に関する同意書

- ① 胚移植は1個移植が原則ですが、2個までを上限といたします
- ② 培養日数が4日を超える場合胚盤胞培養費が必要です
- ③ 初期胚の段階で凍結保存する場合があります
- ④ 凍結保存時に、実施した体外受精または顕微授精費用の他に、受精卵・胚培養管理料(胚盤胞凍結の場合は胚盤胞作成加算)、胚凍結保存管理料が必要となります
- ⑤ 凍結保存の期間は1年間ごとの更新および胚凍結保存管理料が必要です 保存期間延長を希望される場合は事前にお申し出頂ければ更新手続きをし、1年ごとの期間で保管管理いたします ご連絡がない場合には凍結胚が破棄処分される可能性があります
- ⑥ 凍結受精卵は、胚凍結・融解時に胚が損傷・損失する場合や、うまく融解されても生存していない場合等により移植できない可能性があります
- ⑦ 災害(天災・火災・停電など)により生じる胚の損傷・損失について、当院では責任を負いかねますのでご了承ください
- 治療開始後どの段階にあっても、私達の両者あるいは一方の申し出があれば直ちに治療は中止されること、また担当医師が継続困難と判断した場合も治療が中止されることを了承いたします
- 融解胚移植に関して、二段階胚移植(先進医療)を実施することに同意いたします
- 融解胚移植に関して、SEET法(先進医療)を実施することに同意いたします
- 融解胚移植に関して、内膜スクラッチ(先進医療)を実施することに同意いたします

1. 本同意書には有効期限は無く、自動継続となることを承諾し、希望の変更があった場合は書面にて速やかに再度提出いたします(ご夫婦どちらか一方でも同意のない場合には、本治療をお受けになることはできません)
- ※ この同意書は実施前でしたら撤回可能です。撤回はご夫婦どちらか一方の意思でも可能です
2. 現在未入籍の場合は、両者とも法的に独身であることを誓約します
- ※ 仮にご夫婦どちらかが別の方と婚姻関係にある場合には本治療は絶対に実施いたしません
- ※ 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
3. 上記不妊治療の施術に関して、院長以外の担当医師になる場合がある事を承諾します
4. 他院での保険移植した回数____回であることに相違ないことを申告します。万が一申告漏れ及び虚偽申告があった際、治療行為が全て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。

以上の内容を理解した上で治療を受けることに同意いたします

医療法人社団ひとみ会 白井医院 殿

同意年月日: _____年 _____月 _____日

患者診察券番号: _____

患者氏名(自署): _____

配偶者氏名(自署): _____

説明医師名: _____

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合は当院では一切の責任を負いません。

- 医師からの説明の際、配偶者が同席困難であったため本人のみが説明を受けました。以降の診療機会に配偶者にも医師より説明を行い、同意を得る予定である事について了承いたします