

胚移植実施同意書

アイリスウィメンズクリニック武蔵境 院長 殿

私たち夫婦は、担当医師より生殖補助医療および胚移植に関する説明を受け、その内容を十分に理解したうえで、胚移植の実施に同意します。また、私たちは法律上の婚姻関係にあり、妻が他の医師から妊娠を禁止されていないことを申告します。

婚姻関係が解消された場合または配偶者が死亡した場合には、胚移植を実施できないことを理解します。その際は速やかに当院へ連絡し、保存胚に関する必要な手続きを行います。必要な手続きが行われなかったことにより生じた損害について、当院はその責任を負いません。

また、胚移植に伴い、発熱、下腹部痛、少量の膣出血等が生じる場合があることについて説明を受け、これを理解したうえで胚移植を希望します。

さらに、本同意書の記載内容に虚偽が判明した場合には、保険診療の対象外となり、自費診療として費用を負担する場合があることを理解します。

署名欄

【患者本人】

署名： _____

記入日： _____年____月____日

携帯電話番号： _____

【配偶者】

署名： _____

記入日： _____年____月____日

携帯電話番号： _____

医療機関記載欄

胚移植回数（保険診療上）：第____回

説明医師名： _____

説明日： _____年____月____日

配偶者の署名が当日困難な場合

配偶者が（ _____ ）の理由により署名できないため、一時的に私、 _____ が代筆します。なお、配偶者本人は本治療に同意しており、後日速やかに本人署名済みの同意書を提出します。