

人工授精同意書

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、挙児を希望し、貴院において人工授精（子宮内精子注入法：AIH）を受けることを希望いたします。

私たちは法律上の婚姻関係にあり、妻は他の医師から妊娠を禁止されていないこと、ならびに貴院に提出する精液が夫本人のものであることを証明いたします。

また、私たちは人工授精の実施にあたり、以下の項目について別紙の説明書および担当医師からの口頭説明を十分に受け、その内容を理解したうえで同意いたします。医療行為には限界があり、必ずしも期待された結果が得られるとは限らないことを理解しております。万一予期し得ない事態が生じた場合においても、医療従事者に故意または重大な過失がない限り、これに関して異議を申し立てないことに同意いたします。

【説明を受け理解した事項】

1. 人工授精（AIH）の目的
2. 医学的適応
3. 妊娠率および胎児への影響
4. 精子の調整方法
5. 実施時期および方法
6. 副作用・合併症
7. 費用

本同意書は、ご夫婦が当院で治療を継続されている限り毎回自動的に更新されますが、お申し出によりいつでも撤回することができます。

署名欄

【患者本人】

署名： _____

記入日： _____年____月____日

ID： _____

【配偶者】

署名： _____

記入日： _____年____月____日

医療機関記載欄

説明医師名： _____

説明日： _____年____月____日