

## 人工授精の同意書

神奈川レディースクリニック

院長 小林 淳一 殿

私たち夫婦は、人工授精による治療を希望し治療についての説明を受けました。また、下記の事項については十分理解し納得しています。

- ・ 人工授精の具体的な方法
- ・ 治療によって予測されるメリットやデメリット
- ・ 当日の精液所見によっては、治療を実施できない場合があること
- ・ 災害（天災、火災、事故など）時における不測の事態においては、やむなく治療を中断および中止する場合があること

【今回使用精子についての選択項目（いずれかに必ず☑をお願い致します）】

- ☐ 新鮮精子
- ☐ 凍結融解精子（凍結精子を融解し、使用することに同意します）
- ☐ 当日決定（凍結精子を融解し、使用することに同意します）

※凍結融解精子は、特に患者様のご希望が無い限り所見の良い精子から融解します。ご希望がある場合はお申し付け下さい。

以上について十分理解し納得しましたので、人工授精の治療を受けることに同意致します。

記入日 20 年 月 日

妻氏名(自署) \_\_\_\_\_ 夫氏名(自署) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

※ 署名捺印がない場合や記入漏れがある場合は同意書を受理できません。また、この同意書を提出しない場合は治療を実施できません。