

体外受精に関する同意書

このたび、私たちが神奈川レディースクリニックにおいて以下の医療を受けるにあたり、その内容について説明を受け同意いたします。

また、その実施に伴って発生する予期せざる事態に関しては、医学的に必要な処置を受けることについても同意しました。

◇ 私たちは、体外受精－胚移植を行うことに同意いたします。

妻氏名 _____ (印)

夫氏名 _____ (印)

◇ 私たちは、顕微授精を行うことに同意いたします。

妻氏名 _____ (印)

夫氏名 _____ (印)

(それぞれ直筆でサインをお願いします)

平成 年 月 日

以上、同意のもと責任を持って医療を提供いたします。

〒221-0822 横浜市神奈川区西神奈川 1-11-5

TEL 045-290-8666

医療法人社団 樹慶会 神奈川レディースクリニック

小林 淳一

卵子・胚の凍結に関する同意書

このたび、私たちが神奈川レディースクリニックにおいて以下の医療を受けるにあたり、その内容について説明を受け同意いたします。

- ◇ 私たちは、卵子および胚の凍結を行うことに同意いたします。
卵子および胚の凍結保存期間は凍結日より1年間とし、その後1年ごとの更新をいたします。
更新手続きが無い場合は、凍結プログラムは終了いたします。
天災、事故、体外受精プログラムの中止などにより保存ができなくなった場合、一切の異議申し立てを致しません。

妻氏名 _____ (印)

夫氏名 _____ (印)

(それぞれ直筆でサインをお願いします)

平成 年 月 日

以上、同意のもと責任を持って医療を提供いたします。

凍結卵子・胚廃棄承諾書

神奈川レディースクリニック 殿

私たち夫婦は、貴院に凍結保存してある卵子および胚について、1年間の凍結保存期間以後に更新手続きがない場合には、凍結プログラムを中止し廃棄することを承諾致します。

妻氏名 _____ (印)

夫氏名 _____ (印) (それぞれ直筆でサインをお願いします)

住所 _____

平成 年 月 日

〒221-0822 横浜市神奈川区西神奈川 1-11-5

TEL 045-290-8666

手術承諾書

神奈川レディースクリニック殿

この度私は手術を受けるにあたり、下記内容の説明を受け、納得しましたのでその実施を承諾いたします。

また、実施中に緊急の処置をする必要が生じた場合は適宜処置されることについても承諾いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 印

住 所 _____

夫 氏名 _____ 印 (それぞれ直筆でサインをお願いします)

住 所 _____

.....
記

手術名 I V F (採卵)

麻酔法 静脈麻酔 吸入麻酔 局部麻酔

上記手術・麻酔の必要性とその内容について説明いたしました。

平成 年 月 日

〒221-0822 横浜市神奈川区西神奈川 1-11-5

TEL 045-290-8666