

凍結融解胚移植に関する同意書

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、凍結胚の融解一胚移植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 6F

TEL 045-290-8666

医療法人社団 神奈川レディースクリニック

小林 淳一