

## 人工授精の同意書

神奈川レディースクリニック 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ります

【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。