

凍結融解胚移植に関する同意書

神奈川レディースクリニック 殿

私たち夫婦は凍結融解胚移植による治療を希望し、IVF オリエンテーションや配布された説明書等を含め医師から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。

- ・ 凍結融解胚移植のメリットやデメリットについて
- ・ 凍結融解操作により融解した胚の 1%程度は変性してしまう場合が含まれるため、融解後の状態によっては胚移植が実施できない場合があること
- ・ 胚の融解中・培養中に不慮の事故（天災、火事、事故など）が発生し、胚を損壊もしくは損失した場合の補償には応じられないこと
- ・ 保存期限を超過している凍結胚は利用できず、利用前に更新が必要であること

以上について十分理解し納得しましたので、**凍結融解胚移植**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) _____
(西暦 年 月 日生 歳) (西暦 年 月 日生 歳)

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。

医療法人社団 樹慶会 神奈川レディースクリニック
〒221-0822 横浜市神奈川区西神奈川 1-1 1-5 ARTVISTA 横浜ビル
電話：045-290-8666 FAX：045-290-3321