

体外受精—胚移植におけるホルモン補充についての同意書

私は人工周期での凍結融解胚移植並びに採卵周期での新鮮胚移植におけるホルモン剤使用について、医師やスタッフからの説明と文書によって、十分に理解し、納得しました。

治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。また、副作用の出現や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

*別紙「人工周期での凍結融解胚移植並びに採卵周期での新鮮胚移植におけるホルモン剤使用についての解説」とともに下記事項を確認のうえ、了承いただければ左端の□欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

- 1) ホルモン剤使用の適応について
- 2) 薬剤の使用及び、副作用について
- 3) 患者様の個人情報(個人情報保護法及び、当院の規定で取り扱い、治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただく可能性があること)
- 4) 治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことが出来ること

施設責任者 医療法人社団 愛慈会 理事長 松本 玲央奈
松本 和紀

説明日 _____年____月____日

説明者【 _____ 】

同意年月日： _____年____月____日
住所： _____
電話番号： _____
本人氏名 (自署)： _____

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。

※患者様控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管して下さい。