

## 凍結胚移植に関する同意書

私たちは凍結胚移植について、医師やスタッフからの説明と文書、説明書 5『凍結胚移植に関する説明』によって下記の事項について十分に理解し、納得した上で、凍結胚移植を受けることに同意します。

\*説明書 5『凍結胚移植に関する説明』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) 自然周期での胚移植は月経周期が順調かつ時間が比較的自由に使える方に適用されることについて
- 2) 自然周期での胚移植は移植日決定までに採血とエコー検査のため数回の来院が必要になることについて
- 3) 自然周期での胚移植でも必要に応じてホルモン注射やホルモン剤の補充をする可能性があることについて
- 4) 月経不順、無月経、多嚢胞性卵巣の方は人工周期での胚移植になることについて
- 5) 人工周期での胚移植は移植日のある程度選択することができることについて
- 6) 人工周期で妊娠した場合、妊娠 9 週（妊娠判定から約 5 週間程度）過ぎまでホルモン剤を補充する必要があることについて
- 7) 融解した胚の状態によっては胚移植に使用できず移植は中止となり、その胚は廃棄処分になることについて
- 8) 1 個の胚を移植しても胚の分裂により多胎となる可能性があること。異所性妊娠、流産の可能性のあること
- 9) 腹腔内感染やリスクがあることについて
- 10) 腹腔内感染予防のため抗菌薬を内服していただくことについて
- 11) 本同意書の提出が移植日前日までにない場合は、凍結融解胚移植を行うことはできないことについて
- 12) 本同意書提出後でも融解前（移植日前日午前 10 時まで）であれば自由に同意を取り消すことができることについて
- 13) 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について

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）：	_____		
	同意年月日：	年	月	日
住所：	_____			
	電話番号：	_____		
	配偶者氏名（自署）：	_____（本人との続柄： _____）		

※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。