

愛育レディースクリニック院長殿

同意日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

(仮)凍結胚融解同意書

私たちは、凍結胚の融解胚移植についての内容及びこれに伴って発生の可能性がある諸事項につき、説明を受けてそれを了承いたしました。

- ・凍結胚融解の方法
- ・凍結胚融解のリスク
- ・凍結胚の保存管理・保存期間

凍結胚を用いた不妊症の治療の実施を希望し、これに関連する治療行為を一任しその実施を依頼いたします。

〒

住所 _____

<診察券番号(妻): _____ >

妻氏名(自署) _____ 印

夫氏名(自署) _____ 印

<注意事項>

①この同意書は、今回予定している不妊治療の凍結胚融解用です。今後も凍結胚の融解を希望される場合は、その都度、「凍結胚融解同意書」の提出が必要となります。

②この同意書は(仮)同意書です。融解日より10日以内に正式な同意書のご提出をお願いします。(仮)同意書の提出がありましても、融解日より10日以内に正式な同意書の提出を了承いただけない場合は、凍結胚を融解し、使用することはできません。

説明者 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医療法人愛育会 愛育レディースクリニック

〒242-0006 神奈川県大和市南林間2-13-3

TEL 046-277-3316