

凍結胚の融解・移植に関する同意書

* 質問や再確認したいことがなければ、左端の患者□欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

1. 私達夫婦は、医師から凍結胚の融解・胚移植について十分な説明を受け納得しましたので、東京HARTクリニックにて凍結保存中の胚を融解し、移植を受けることに同意します。また、治療に当たっては十分な成果が得られるよう出来る限り東京HARTクリニックのスタッフに協力することを約束します。
2. 胚の凍結操作中、凍結保存期間中、融解操作中に胚が変性したり、紛失したりして、胚移植がキャンセルになる場合がある（約1%）ことを理解しました。（万が一、胚の紛失が生じた場合、弁済は致しかねます。）
3. 胚移植を行うにあたって考えられる副作用やリスク（多胎妊娠や異所性妊娠）について理解しました。
4. 本同意書提出後でも、融解・胚移植前であれば内容の変更や治療の中止が可能であることを理解しました。
5. 生殖補助医療を実施するにあたり、結果（治療から妊娠・出産経過まで）を日本産科婦人科学会に、個人が特定されない形で報告する義務があることを理解しました。

施設責任者 東京HARTクリニック院長 岡 親弘

説明日 西暦 年 月 日

同意書説明者 岡 親弘 / 岡 和彦

住所 〒

電話番号

(必ず自署のこと)

妻氏名 署名日付 西暦 年 月 日

夫氏名 署名日付 西暦 年 月 日

※署名日付は治療周期に入ってからからの記入をお願いします。