

体外受精-胚移植法（IVF-ET）実施についての同意書

私たちは、体外受精・胚移植の実施について、医師やスタッフからの説明と説明書 1 『体外受精-胚移植法（IVF-ET）実施についての説明』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、体外受精・胚移植を受けることに同意します。

尚、不妊治療中に緊急の処置をする必要が生じた場合には、医師が必要かつ適切と判断した措置、及びこれに関連する全ての診療行為を実施することにおいても承諾いたします。

*説明書 1 『体外受精-胚移植法（IVF-E）実施についての説明』とともに下記事項を確認、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) 採卵・媒精・受精・胚発生・胚移植からなるが、成功率を上げるために排卵誘発剤を使用することが多く、それにともないGnRHアナログのスプレーや胚移植後黄体期のホルモン補充療法が必要となること
- 2) 排卵誘発剤使用に伴う卵巣過剰刺激症候群、採卵、移植に伴う膣、腹腔内出血や感染、他臓器損傷、採卵時の麻酔使用に伴う呼吸循環系のリスクがあること
- 3) 採卵日より3日目～5日目に移植することがあり、その場合は余剰胚（余った受精卵）を凍結すること
- 4) 胚移植は胚の状態や御夫婦の希望を考慮して決定するが、多胎妊娠を回避するため、原則1個の移植を行うこと
- 5) 採卵しても卵がない場合、媒精または顕微授精を行っても受精しない場合、胚発生しない場合、胚の質（グレード）が非常に悪い場合などには胚移植できない可能性があること
- 6) 胚移植後、子宮内で胚が成長し続けた場合妊娠が成立しますが、胚が死滅すれば妊娠に至らない可能性があること、また多胎、異所性妊娠、流産のリスクがあること
- 7) 最新の妊娠率については当院ホームページの記載をご覧ください
- 8) 体外受精を希望していない方、体外受精を繰り返しても妊娠しない方、身体的条件で体外受精を試みる方ができない方は、特別養子縁組制度などを利用することが可能であり、その相談窓口の紹介が可能であること
- 9) 卵子提供、胚提供、借り腹などは我が国では現状認められていないことについて
- 10) 体外受精・胚移植、生殖補助医療の安全性のための学会報告義務に関して
- 11) 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
- 12) 治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができること

施設責任者 医療法人社団愛慈会 理事長 松本玲央奈

説明日 _____年____月____日

説明者【 _____ 】

	同意年月日：	年	月	日
住所： _____				
	電話番号：	_____		
ID： _____	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。

排卵誘発剤の使用についての同意書

私は、不妊治療の一環として排卵誘発を依頼するにあたり、その適応・使用する薬剤・方法・卵胞発育モニタリング法・副作用・合併症とその対処法について理解したうえで、貴院において排卵誘発を受けることを希望します。

尚、医師やスタッフからの説明と説明書 2『排卵誘発剤の使用についての説明』によって、下記の事項を十分に理解し納得した上で、排卵誘発剤の使用について同意します。

また、本治療中に緊急の処置をする必要が生じた場合には、医師が必要かつ適切と判断した措置、及びこれに関連する全ての診療行為を実施することにおいても承諾いたします。

*説明書 2「排卵誘発剤の使用についての説明」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) 排卵誘発の適応について
- 2) 排卵誘発に用いる薬剤の使用及び副作用・合併症の可能性について
- 3) 排卵誘発中の卵胞発育モニタリングの方法について
- 4) 卵巣過剰刺激症候群（OHSS）や多胎のリスクがあることについて
- 5) 卵巣過剰刺激症候群（OHSS）の発生リスクが高いと判断された場合、排卵誘発を中止する可能性があることについて
- 6) 患者様の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
- 7) 治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができること

施設責任者 医療法人社団愛慈会 理事長 松本玲央奈

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者【 _____ 】

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所： _____
電話番号： _____
ID： _____ 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。

顕微授精についての同意書

私たちは、体外受精における受精方法のひとつである顕微授精について、医師やスタッフからの説明と説明書3『顕微授精についての説明』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、採卵後顕微授精を試みることに同意します。

*説明書3『顕微授精についての説明』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口欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

- 1) 顕微授精の方法について
- 2) 顕微授精では自然の精子の選別が行われないことについて
- 3) 顕微授精のリスクについて
- 4) 採卵で得られた卵の一部を顕微授精するスプリット法について（自費の方）
- 5) 顕微授精をしても胚発生しない可能性があることについて
- 6) 排卵誘発剤使用に伴う卵巣過剰刺激症候群、採卵に伴う腹腔内出血や感染、採卵時の麻酔使用に伴う呼吸循環系のリスクがあること
- 7) 異所性妊娠、流産、多胎妊娠のリスクがあること。
- 8) 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きます）可能性があること
- 9) 治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができること

施設責任者 医療法人社団愛慈会 理事長 松本玲央奈

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者【 _____ 】

同意年月日：	年	月	日
住所：	_____		
	電話番号：	_____	
ID：	_____	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。

受精卵の凍結保存（胚凍結）についての同意書

私たちは胚の凍結保存について、医師やスタッフからの説明と文書、説明書 4『受精卵の凍結保管（胚凍結）についての説明』によって、下記の事項について十分に理解し、納得した上で胚凍結保存について同意します。また、凍結胚の保管期限、保管延長手続きと廃棄手続きについても同意します。

*説明書 4『受精卵の凍結保管（胚凍結）についての説明』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) 余剰胚を無駄にすることがないことについて
- 2) 余剰胚を凍結保存することで再度採卵をすることなく移植を受けられることについて
- 3) 採卵による体の負担や費用を軽減できることについて
- 4) 凍結胚の保存は1年毎の更新になることについて
- 5) 採卵周期での胚移植をしないことで卵巣過剰刺激症候群のリスクを回避できることについて
- 6) 凍結胚を融解するとき胚にダメージが加わり、半分以上の細胞が壊れてしまった場合はその受精卵は移植できないことについて
- 7) 胚の状態によっては凍結保存ができないことについて
- 8) 凍結胚移植で妊娠・出産した児の発育状態や先天性異常の発生率と自然妊娠で出産した児の間に差は認められないことについて
- 9) 凍結胚移植で妊娠が成立した場合も自然妊娠と同様に流産する可能性があることについて
- 10) 良好胚は1個移植を推奨していることについて
- 11) 胚の凍結保存期間と費用、延長と廃棄手続きについて
- 12) 天災・火災・事故等、不可抗力による胚の紛失、損傷、死滅の場合、当院に対して異議申し立てはできないこと、保管料の返金がされないことについて
- 13) 万が一夫婦の婚姻関係がなくなったり、夫婦の一方あるいは両方が死亡した場合は、凍結胚は廃棄されることについて
- 14) 院長の健康上の理由、急病・急死等でクリニックが存続しえなくなった場合、凍結胚を他の IVF 医療施設に移さざるを得ない事、その際に新たな費用負担が必要になる事があることについて
- 15) 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
- 16) 治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができることについて

施設責任者 医療法人社団愛慈会 理事長 松本玲央奈

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者【 _____ 】

同意年月日：	_____	年	_____	月	_____	日
住所：	_____					
	電話番号：	_____				
ID：	_____	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ますので大切に保管して下さい。