

人工授精同意書

私は人工授精について、医師やスタッフからの説明と文書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、人工授精を受けることに同意します。

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『人工授精についての説明書』とともに下記事項を1つずつ振り返り、質問や再確認したいことがなければ、左端の患者の口欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

- 1) 方法について
- 2) 当日キャンセルになる可能性について
- 3) 点鼻薬の使用について
- 4) 感染予防について
- 5) 双子以上の妊娠や異所性妊娠の可能性について
- 6) 費用について
- 7) 妊娠率について

<注意事項>

- ①この同意書の提出がない場合は、人工授精を行うことはできません。
必ず当日持参してください。
- ②この同意書は、今回の人工授精用です。今回の治療後に、再び同じ治療を希望する場合は、その都度、同意書の提出が必要です。
- ③この同意書を提出後でも、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ます。
- ④今回ご説明した人工授精は、標準的な治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。
- ⑤患者様の個人情報は、個人情報保護法及び、当院の規約で取り扱い、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ことがあります。

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。

(医) 愛慈会 理事長 松本 玲央奈

MLC-1046 202502034034