

顕微授精(ICSI)に関する同意書

埼玉医科大学総合医療センター 病院長 殿

このたび私達夫婦は、顕微授精(ICSI)に関し、下記の医師から、別紙説明書に記載されたすべての事項について内容説明を受け、その内容を理解し、かつそれに対する十分な質問の機会を得ました。また、実施中に緊急の処置をする必要が生じたときは適宜処置を受けること、担当医師が治療の継続が困難であると判断したときには直ちに治療を中止することがあり得ることについても理解しました。以上のもとで、自由な意思に基づき、顕微授精の治療を受けることを希望し、同意書を提出します。

説明の概要:

- 治療の必要性／適応について
- 方法
- 成績
- 顕微授精に伴う危険性・合併症
- 他の代替的な治療法
- カウンセリング
- 個人情報の保護
- 倫理
- 費用
- 同意の自由

平成 年 月 日

説明医師署名 _____ 立会者署名 _____

顕微授精を受けることに

- 同意します。
- 同意しません。理由;

平成 年 月 日

住所 _____

患者署名 _____

配偶者署名(代筆不可) _____