

人工授精による不妊治療の同意書

絹谷産婦人科院長 殿

この度、私達夫婦は人工授精による不妊治療を希望し、下記の諸点について説明受け、十分理解し納得しましたので、ここに治療の同意書を提出し、人工授精による不妊治療を依頼します。

- 1) 具体的方法はどのようなものか。
- 2) 人工授精の治療成績（妊娠・出産率）の現状はどうか。
- 3) 人工授精にともなう被実施者、あるいは出生した児に対する危険性はどのようなものであるか。
- 4) 人工授精に要する費用はどうなっているか。
- 5) 治療中及び妊娠後の経過の観察は本院の方針に従うこと。
- 6) 人工授精に従事する者は、守秘義務に十分留意すること。
- 7) 人工授精施行に際して、治療経過に関する情報を匿名性を保った上で解析あるいは報告することがあること。

尚、治療開始後のどの段階にあっても、私達の両者もしくはどちらか一方の申し出があれば、ただちに治療は中止されねばならず、また逆に、担当医師が治療の継続が困難と判断した場合にはただちに治療が中止されることを了承します。

施設責任者 絹谷産婦人科 院長 絹谷 正之

説明日 _____年 _____月 _____日 説明者【 _____ 】

同意年月日： _____年 _____月 _____日

住所： _____

男性 氏名（自署）： _____

女性 氏名（自署）： _____

同意書(写)受領サイン【 _____ / _____ 】

* 提出していただいた後、患者控えとしてコピーをお渡ししますので、大切に保管してください。