

不妊治療に関する同意書

医療法人社団桐杏会メディカルパークみなとみらい 院長殿

私たちは、不妊治療を行うにあたり下記事項について順守することを誓約いたします。

- 私たちは法的婚姻関係あるいは事実婚関係にあり、私たち二人以外の人との婚姻関係はありません。
- 夫婦関係に変更のあった場合（離婚、事実婚の解消、事実婚夫婦の婚姻）には、速やかに貴院へ連絡し、必要な書類がある場合には提出いたします。
- 事実婚または婚姻関係を解消した場合、または婚姻関係を認められていないとクリニックが判断した場合は、不妊治療の継続や凍結保存中の胚や精子の破棄等の取扱いについては貴院の方針に従います。
- 貴院での不妊治療で妊娠、出産した児については、二人で育児、養育など、責任をもって対応します。
- 貴院での不妊治療において婚姻関係から生じる事態への責任は、貴院は負わないことを承諾します。
- 計画的な医学管理の継続かつ療養上必要な指導を受ける為、一般不妊治療・検査の場合は3か月に一度、体外受精の場合は1か月に一度夫婦同席で受診します。
- 下記内容が虚偽申告であった場合には、後日所定の自費治療費の請求を受け、全額支払いを承諾します。

2022年4月以降に保険診療にて胚移植術を行った回数： _____ 回

同意年月日

西暦 年 月 日

署名（ご本人：自署）/診察券番号 _____ /

署名（続柄：自署）/診察券番号 _____ /

*同意の上、□に✓を入れて、同意年月日、御夫婦（パートナー）氏名を直筆でご記入下さい。

