

# 非配偶者間人工授精 (AID) に関する同意書

※記入後、ご提出前にコピーを取り、控えとしてご自身で保管して下さい。  
本書は受付にご提出下さい。

受領者	受領日	控え
	/	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 郵送

私たち夫婦は貴クリニックにて非配偶者間人工授精 (AID) を実施するにあたり、医師やスタッフからの説明と HP の書類ダウンロードのページに掲載されている「人工授精に関する説明書」にて下記の事項について十分理解し、納得しました。私たち夫婦それぞれ自由な意思の下に夫婦一致で同意します。

\*非配偶者間人工授精 (AID) は、不妊の治療として行われる医療行為であり、その実施にはわが国の倫理的、法的、社会的基盤を十分に配慮行われます。

\*当院 HP の書類ダウンロードのページに掲載されている「人工授精に関する説明書」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  欄に  を入れ、下記に署名して下さい。

( ↓ 患者  欄 )

- 1 【説明書 6】 6-①AID の適用条件について理解し納得している。
- 2 【説明書 6】 6-②(1) AID で使用される提供精子について理解し納得している。さらに精子提供者のプライバシー保護のため、精子提供者は匿名であることについて理解し納得している。
- 3 精子提供者が貴院へ精子を提供する際に交わした同意書により、提供精子の使用、破棄に関する一切の権限は貴院に帰属することを理解している。さらに本同意書の提出をもって、その提供精子の所有権は私たち夫婦が有することに同意する。尚、提供精子を融解していない段階で AID が実施中止となった場合に所有権は貴院へ返還されることに同意する。
- 4 【説明書 6】 6-②(2) 提供精子ストック不足により、実施不可になる場合について理解し、納得している。実施日が特定できた時点で実施予約をとり、提供精子を事前に予約申込みができないことを了承している。
- 5 【説明書 6】 6-③AID の実施までに必要な提出書類と検査について理解し納得している。6-③(1) の必要書類が提出できない場合、6-③(2) の夫の血液型検査が出来ない場合、6-③(3) 生殖心理カウンセリング (夫婦で最低 2 回受診) が出来ない場合は治療が受けられないことについても理解し納得している。
- 6 【説明書 7】 AID 実施時期について理解し納得している。
- 7 【説明書 8】 副作用とリスクについて、理解し納得している。実施にあたり、子宮内に炎症を起こし、発熱や腹部痛が起きた場合、異種蛋白アレルギー反応による発疹やのどのかゆみ、排卵誘発剤の使用による下腹部痛、膨満感などがある場合、その他異変が起きた時には速やかに貴院へ連絡を行う。
- 8 【説明書 9】 AID 予約について理解し納得している。また予約キャンセル、予約内容・時間の変更は実施日前日の 15 時以降は受け付けないことを了承している。非配偶者間人工授精 (AID) の当日キャンセルはドナー精子使用料として 28,300 円 (税抜) がかかることを理解し納得している。(同意書不備など患者様側の責任に帰する場合は AID 当日キャンセル時もドナー精子使用料がかかる)
- 9 【説明書 10】 実施日当日の流れについて理解している。10-③実施日当日の超音波検査の結果によっては、実施ができない場合があること、その際の超音波検査費用 1,000 円 (税抜) が発生することを了承している。
- 10 【説明書 11】 AID の費用について理解し納得している。
- 11 【説明書 12】 規定は当院の判断により改定されることがあることを理解し納得している。
- 12 【説明書 13】 その他、全ての項目は日本産科婦人科学会、及び JISART の規定に基づくことを理解し納得している。

## 〈 注意事項 〉

- ① 治療手技がキャンセルまたは不成功に終わり、妊娠に至らない可能性があることをご了承ください。
- ② この治療は入籍している夫婦であることが前提です。
- ③ この同意書の提出がない場合は AID を行うことはできません。必ず実施日当日にご提出下さい。
- ④ この同意書を提出後でも、実施前であればいつでも自由に同意を取り消すことが出来ます。
- ⑤ 今回行う AID 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。  
日本産科婦人科学会の指示により、実施後、経過観察と学術目的に誕生した児の追跡調査を個人が特定されない形で行う場合があります。その際、患者様の個人情報保護法及び当院の規定で取扱います。

上記の事項を充分理解し納得しましたので、同意します。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック  
院長 原 利夫殿

〒 —

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

夫氏名 (自署)

妻氏名 (自署)

診察券番号 ( )