

# 人工授精 (AIH) に関する説明、依頼、同意書

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

※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。

以下の①～⑧の説明と⑨～⑭の注意事項について理解同意された場合は左端の □ 欄に  を入れ下記に署名して下さい。

質問や確認したい点がある場合は  は入れず、本書ご提出前にスタッフまでお申し出ください。

## ①医学的適用

人工授精 (AIH) (以下「人工授精」という) は、精子減少症、精子無力症などの男性不妊の場合に応用される治療法です。

その他、セックスレス、ご主人の出張が多くタイミングが取れない、不妊原因が不明、奥様の年齢が高い場合なども適応になります。

## ②使用精子

精子は④当日朝に採取された精子を用いる方法と、⑩凍結精子を用いる方法、また運動精子数が少ないなど精子状態が悪い場合には④+⑩の両方を用いる方法や⑩を数回分まとめて濃縮し1度の人工授精で使用する方法があります。採取された精子は数回洗浄し雑菌などを取り除いた後に、再度洗浄濃縮し良好精子だけを集め人工授精に用います。精液状態不良により実施できない場合もあります。

## ③実施期間

人工授精妊娠率を高めるためには、奥様の排卵時期を正確に特定することが大切です。生理開始10日目前後に来院して頂き、超音波検査や採血などで排卵時期を推定します。人工授精は排卵前日あるいは当日に行います。排卵誘発剤などを使用する場合には、相談させていただきます。

## ④実施方法

1: 精液は最も適した方法で洗浄濃縮しますので、精子をお預かりしてから調整後、人工授精実施まで約1時間かかります。

2: 人工授精 (AIH) は専用内診台で行います。上記1にて調整された精子を卵管入口付近に注入します。痛みはなく約1分程度で終了します。

3: 人工授精後直ちに歩行し、精液が漏れても妊娠率には影響しません。通常は人工授精後15分間安静とします。

## ⑤副作用

【感 染】人工授精の際に稀に (0.02%以下) 子宮内に炎症を起こす事があります。発熱や下腹部痛出現の際は早めにご連絡ください。

【アレルギー反応】人工授精により異種蛋白アレルギーを起こすことが稀にあります。発疹やのどのかゆみなどがある場合には薬を服用せずに直ちにご連絡ください。

【卵巣過剰刺激症候群】排卵誘発剤使用の際に下腹部痛、膨満感等がある場合は早めにご連絡ください。

【その他】副作用は予期せぬ症状として現れる場合があります。体調に異変を感じたら早めにご連絡ください。

## ⑥当院での人工授精成績

当院の昨年の人工授精妊娠率は「はらメディカルクリニック妊娠実績報告」をご参照ください。

HPには過去分も掲載しています。人工授精で妊娠される方の場合には4回目～6回目までで80%～90%の方が妊娠されます。4～6回以上人工授精を続けても妊娠率の上昇は期待できないため、体外受精を考慮します。

⑦費用: 人工授精にかかる費用、また、治療内容を変更した場合の追加費用についてはHPの料金表をご参照下さい。

⑧その他: 人工授精に使用する注射、薬によってご自身、胎児に悪い影響の出ることはありません。

⑨(注意)この治療で受精させる配偶子は、夫婦本人のものでなければいけません。夫婦とは婚姻関係にある(事実婚含む)ことを指し、誓約書にて事前に確認しています。

⑩(注意)この同意書の提出がない場合は、人工授精の実施は出来ません。必ず実施前までに提出してください。

⑪(注意)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。自由診療において人工授精当日に実施がキャンセルになった場合、既に精子調整が済んでいる場合にはその調整費用のみ3,300円(税込)がかかります。

⑫(注意)この同意書を提出後でも、治療開始前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。また、担当医師が継続困難と判断した場合、ただちに治療が中止されます。

⑬(注意)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。

⑭(注意)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ます。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック 院長 宮崎 薫 殿 同意年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

私達は貴院に人工授精 (AIH) を申し込むにあたり、上記の事項に関し説明を受け、医師の立てた治療計画を十分に理解し、私たち夫婦それぞれの自由な意志の下に夫婦一致で人工授精を依頼します。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、副作用の出現時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。

住所: 〒 \_\_\_\_\_

夫氏名(自署) \_\_\_\_\_

妻氏名(自署) \_\_\_\_\_

診察券番号 ( \_\_\_\_\_ )