

着床前診断移植適（A 判定・B 判定）胚の 移植に関する同意書

受領者	受領日
	/

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

私たち夫婦は、夫婦それぞれの自由な意思の下に一致した意見で PGT 移植適（A 判定・B 判定）胚の移植を希望し、医師やスタッフからの説明と資料等によって下記の事項について充分理解・納得し同意します。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副作用の出現時や不測の事態が生じた場合直ちに連絡し適宜必要な処置を受ける事も同意します。

※説明内容とともに下記事項について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、下記に署名下さい。

- PGT の誤判定は 5～15%と報告されており、移植適とされている胚でも着床しない、あるいは流産が起こり得ることを理解し、納得している。
- 反復流産の 25%は胎児染色体正常流産であり、判定が正しくても流産が起こり得ることを理解し、納得している。
- PGT-A/SR は染色体の数的異常、構造異常を検出し妊娠に適した胚を選別するための検査であり、児の健康を保障するものではない。移植適胚であっても児に障害や、その他異常がみられる可能性があることを理解し、納得している。

≪移植適（B 判定）胚を移植する方のみ≫

- 移植適（B 判定）胚は、移植することは可能であるが、解析結果の解釈に若干の困難を伴う胚であり、上記の傾向がより強いことを理解し、納得している。
- 移植適（B 判定）胚を移植し妊娠した場合、羊水検査を行うことが推奨されることを理解し、納得している。

上記の事項を充分理解し納得しましたので、PGT 移植適胚を移植することに同意します。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック 同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

院長 宮崎 薫殿

〒 _____

夫氏名（自署） _____ （診察券番号： _____）

妻氏名（自署） _____ （診察券番号： _____）