



## 顕微授精胚移植法についての同意書

医療法人オーク会  
理事長殿

この度私たち夫婦は、顕微授精胚移植法について担当者より必要性、治療内容、問題点について詳しく説明を受けました。以下の点、

1. 顕微授精 (ICSI) とは
2. 適応
3. リスク
4. 成績
5. 料金
6. その他

について十分理解し、納得しました。その上で顕微授精胚移植法を受けることに同意いたします。

なお、私たち夫婦のほか、親族一同、貴院の治療方針を信頼し、万一予測不可能な状況が生じた場合は貴院が必要と判断される緊急の手術や処置を行うことに同意いたします。

上記の通り誓約し本書面を提出いたします。

西暦 年 月 日

住所 〒

ID 氏名(妻) 印

氏名(夫) 印

オーク住吉産婦人科 TEL 06-4398-1000

オークなんばレディースクリニック TEL 06-4396-7520

オーク梅田レディースクリニック TEL 06-6348-1511

オーク銀座レディースクリニック TEL 03-3567-0099

説明者 ( )

本资料原本系日语，日语原本为有效正本。请将所有必须填写的事项填写在正本上。  
本翻译仅为帮助理解正本内容参考使用，因对照翻译引发的问题，本院不负任何相关责任。

## 关于显微授精胚胎移植法的同意书

医疗法人 OAK 会  
理事长先生

本次我们夫妇两人得到工作人员关于显微授精胚胎移植法的必要性、治疗内容以及问题点做的详细说明。我们在充分理解和接受以下

1. 何谓显微授精 (ICSI)
2. 适用范围
3. 风险
4. 成功率
5. 费用
6. 其他

的基础上同意施行显微授精胚胎移植法。

我们夫妇以及我们的亲属都信任贵院的治疗方针，在万一发生意外的情况下，同意贵院施行贵院认为有必要的紧急手术或处理。

我们发誓遵守以上所述并提交本同意书。

公历 年 月 日

地址 邮编

ID 姓名 (妻) 印

姓名 (夫) 印

OAK 住吉妇产科医院 TEL 06-4398-1000

OAK 难波女性诊所 TEL 06-4396-7520

OAK 梅田女性诊所 TEL 06-6348-1511

OAK 银座女性诊所 TEL 03-3567-0099

说明者签名 ( )