

記入例

以下の赤枠内は必ずご記入ください

赤枠①：いずれかに☑

赤枠②：全ての項目に記入（「同上」不可）

※記載漏れ等があった場合、再提出となります

凍結胚の保管延長の説明同意書

検査・処置・手術の施行日は、 年 月 日です。

この検査・処置・手術を受けることに同意いただければ、以下の同意書に署名して下さい。

また、検査・処置・手術を見合わせる場合も署名して下さい。

なお、同意を拒否されても、また、直前に同意を撤回されても、診療上の不利益を受けることはありません。

医師からの説明を理解できましたか。

①

☐ 理解できましたので、同意し署名します。

☐ 理解できず同意できません。再度説明をお願いします。

☐ 同意できませんので、検査・処置・手術は見合わせます。

理解できなかった部分、もう一度詳しく説明して欲しいことがあれば書いて下さい。
再度ご説明します。

②

年 月 日
診察券に記載されている番号
*患者氏名 本人(署名) _____ 患者ID _____

住所 _____ 電話番号 _____

*患者氏名 配偶者(署名) _____

住所 _____ 電話番号 _____

患者同席者氏名 _____ 患者との続柄 ()
連絡先 _____

患者同席者氏名 _____ 患者との続柄 ()
連絡先 _____

患者同席者氏名 _____ 患者との続柄 ()
連絡先 _____

説明担当医 _____ 生殖医療センター _____ 氏名 佐野 美保

指導医 氏名 _____

同席看護師 _____ 科 _____ 氏名 _____

同席者 _____ 科 _____ 氏名 _____

同意書_201902 (第1版)