IUI に関する同意書

□　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
□　個人が特定できない方法で、学会発表や学術誌およびデータベース上などで公表されることがあります
□　個人情報（お名前等）は厳重に管理され、いかなる場合でも外部に漏れることはありません
□　施行に際して、婚姻関係にある男女であることを条件とさせていただきます。万一、施行後にそれが事実でないと判明されても、当院では一切の責任を負いません
□　精液の調整前後に行う精液検査結果は、処置後、奥様にお伝えいたします
□　当日の費用は再診料、処方、エコー検査、精液検査、精子調整料として18,230円の自費診療となります。
□　調整後の精子所見の結果や卵巣過剰刺激症候群のリスクが高い場合等、当日IUIがキャンセルとなる場合があります。その際は再診料、エコー検査、精液検査、精子調整料として、10.800円の自費診療となります。

当院における精子取り違い防止の取り組みとお願い

□　精液採取前に滅菌容器の「ふた」と「容器」両方に油性マジックで採精した時間・奥様の氏名・生年月日を記入してください。
□　精液は処置室で看護師が受け取り、ご本人と一緒に容器の氏名、生年月日を確認します。
□　精液の調整に約1時間かかりますが、その間、1人分の精子しか取り扱いしません。
□　注入前、医師がカーテン脇から患者さんの顔を見ながら氏名を確認します。

平成　　年　　月　　日

白山レディースクリニック
担当医師：　　中村　久基

私達は、十分説明を受け、人工授精を受けることに同意しましたので依頼致します。

平成　　年　月　日

本人（妻）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**※署名は自筆でお願い致します。**

診察券番号

配偶者（夫）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**※署名は自筆でお願い致します。**

診察券番号

◆尚、この同意書が提出されない場合、または署名が自筆でないと疑われる場合には施行をお断りさせていただくことがございます。