

# 通院および教育・研究利用に関する同意書

## 1. 通院および診療について

当院では、お一人おひとりに安全で質の高い医療を提供するため、予約制で診療を行っております。円滑な診療のため、以下の点についてご理解とご協力をお願いいたします。

- ① ご予約の日時に来院いただきますようお願いいたします。やむを得ず変更が必要な場合は、できるだけ早めにご連絡ください。
- ② 採卵周期や胚移植周期、再生医療など、治療の特性上、受診日が重要となる場合があります。医師の指示に沿って通院いただくことで、安全で適切な治療が可能となります。
- ③ 他院での治療歴や現在の投薬状況がある場合は、安全確保のため必ずお知らせください。  
特に、ART（生殖補助医療）の保険診療には、年齢や治療回数に関する国の定めがございます。そのため、これまでの治療歴について正確に申告していただく必要があります。  
万が一、申告内容に相違があった場合には、保険適用が認められず、自費診療として差額をご負担いただく可能性があります。なお、制度上の確認のため、必要に応じて紹介状や治療履歴の確認をお願いする場合があります。
- ④ 皆様に安心して通院いただける環境を維持するため、他の患者様やスタッフへのご配慮をお願いいたします。

私たちは、患者様と医療者が協力しながら治療を進めていくことを大切にしています。  
ご理解とご協力をお願いいたします。

上記内容について理解し、同意します

## 2. 余剰となった卵子・精子・胚等の教育・研究利用について

当院では、生殖医療の質向上および将来の患者様の治療成績向上を目的として、治療に使用されないと医学的に判断された卵子・精子・胚等を、以下の目的で使用する場合があります。

- ・ 胚培養士の技術向上および教育
- ・ 倫理審査を経た研究活動

使用にあたっては、個人が特定されない形で取り扱い、関連法規および倫理指針を遵守いたします。

本同意は任意です。同意されない場合でも、診療上の不利益は一切ありません。

また、同意後であっても、文書によりいつでも撤回することが可能です。

教育・研究利用について       同意します       同意しません

説明責任者    東京 ART クリニック    院長    小川 誠司  
説明年月日                      年                      月                      日                      説明者 \_\_\_\_\_

同意年月日                      年                      月                      日

住 所 : \_\_\_\_\_

夫（診察券番号） : \_\_\_\_\_ 氏名（自署） : \_\_\_\_\_

妻（診察券番号） : \_\_\_\_\_ 氏名（自署） : \_\_\_\_\_

患者様控えは、大切に保管して下さい。