

# 着床前診断移植不適（C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

着床前診断（PGT）にてC判定であった胚の移植は移植不適胚としています。それは、本来のPGTの目的である「流産の防止」「妊娠までの期間の短縮」のいずれも満たさない可能性が高いためです。しかしながら、C判定の胚の移植を禁止しているわけではありません。

当院のC判定胚に対する考え方は、妊娠しない可能性が高い、流産する可能性が高い、何等かの問題を発症する可能性は否定できないことから、胚移植はしないことを推奨しています。ただし、夫婦がC判定胚の移植を強く希望する場合にこれを拒否することはできないとも考えています。そのため、夫婦で十分に話し合った上でC判定である移植不適胚の移植を希望する場合には本同意書をご提出ください。

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着床前診断移植不適（C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。

- 貴院医師より、移植不適（C判定）胚の移植は推奨できない旨の説明を受け、内容を理解している。
- 移植不適（C判定）胚を移植した場合、出産まで至るケースはほとんどないことを理解し、納得している。
- 移植不適（C判定）胚を移植した結果、児が生まれるケースであっても、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。
- 移植不適（C判定）胚を移植した結果起き得るすべての事象において、貴院に対し一切の補償を求めることはできないことを理解し、納得している。
- 移植不適（C判定）胚を移植し妊娠した場合、出生前診断を行うことが強く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、移植不適（C判定）胚を移植することを希望します。

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： \_\_\_\_\_）