

# 人工授精に関する開示請求および同意書

令和 年 月 日

医療法人秀晃会

馬車道レディスクリニック 院長殿

甲（男性）\_\_\_\_\_は、私自身の精液検査等の結果を下記の乙に報告する事および乙が開示請求する事を承諾し、同意いたします。

また、甲と乙については、法的婚姻関係あるいは事実婚関係にあります。治療の結果、妊娠・出産した児については、法律上の制約に従い責任をもって対応します。

## 記

結果報告を	ふりがな	
	患者氏名	
受けようと	診察券番号	N o ,
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
する乙（女性）	住 所	〒 -
	T E L	( ) -

甲本人（男性） 診察券番号：\_\_\_\_\_  
氏 名（自署）：\_\_\_\_\_  
乙との関係： 夫 ・ パートナー  
住 所：\_\_\_\_\_  
T E L：\_\_\_\_\_

## 注意事項 必ずご確認ください。

- \*署名がない場合や記入漏れがある場合は書類を受理できません。
- \*同意書を提出されない・受理できない場合は、検査結果の報告、治療の実施は出来ませんのであらかじめご了承ください。
- \*検査及び治療行為で使用されなかった検体（精液）についてはすべて破棄させていただきます。