

## 治療開始前の確認書

提出がない場合は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。

医療法人秀晃会

馬車道レディースクリニック 院長殿

私達は貴院において不妊治療を行うにあたり、下記事項を遵守することを誓約いたします。

下記項目を確認後、□に✓を入れて、自署にて署名・捺印をお願いいたします。

- 私達は法的婚姻関係あるいは事実婚関係にあり、私達二人以外の人との婚姻関係はありません。
- 夫婦関係に変更のあった場合（離婚、事実婚の解消、事実婚夫婦の婚姻）には、速やかに貴院へ連絡し、必要な書類がある場合には提出いたします。
- 事実婚または婚姻関係を解消した場合、または婚姻関係を認められないとクリニックが判断した場合は、不妊治療の継続や凍結保存中の胚や精子の破棄等の取り扱いについては貴院の方針に従います。
- 貴院での不妊治療で妊娠・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。
- 貴院での不妊治療において婚姻関係から生じる事態への責任は、貴院は負わないことを承諾します。
- この書類は提出より3ヶ月を有効とし、再度治療を受ける際は改めて提出いたします。

令和 年 月 日

患者診察券番号：

患者氏名(自署)： 印

配偶者氏名(自署)： 印