

顕微鏡下精巣内精子採取手術 に関する同意書

術式	顕微鏡下精巣内精子採取手術
手術予定日時	令和 年 月 日 () : ~ (来院 :)
麻酔方法	局所麻酔
現在の症状	無精子症
手術の必要性・目的	精子採取
その他	

読んだ項目に、✓を記入してください

- ① 無精子症について
(閉塞性無精子症・非閉塞性無精子症・「隠れ精子症」・診断方法・FNAマッピング方法について)
- ② 顕微鏡下精巣内精子採取手術について
(手術を希望される際の注意事項、術式・麻酔、手術時間・合併症・手術後の経過について、再手術について)
- ③ 手術前～手術後のながれ
(手術前日まで・当日、来院、手術前・中・後～、帰宅後、手術翌日～)
- ④ 手術料金について
- ⑤ 選定療養費・術後管理料について
- ⑥ 手術キャンセル料について
(キャンセル料発生日：7日前 / 3日前 /)

手術についての説明文書(別紙)を読み、上記の内容について理解しました。
顕微鏡下精巣内精子採取手術について、十分な説明を受け、理解しました。
そのうえで、手術を受けることに同意します。
また、医師の判断で必要処置等を実施する場合があることにも同意します。

同意日	令和 年 月 日
本人署名	(診察券番号：)
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	- -
住所	〒 -
宿泊	する・しない (宿泊先：)
代理人等署名	(続柄：) 電話番号 - -
住所	〒

上記署名者に対して、手術について説明しました。

説明日 令和 年 月 日 院長 北村 健

上記患者(あるいは代理人等)が本文書において手術に同意したことを確認しました。

確認日 令和 年 月 日 院長 北村 健

※ 患者様本人が同意能力のない未成年者の場合には、
上記の代理人等署名欄に保護者の方による署名をお願いいたします。