

ドナー登録に関する内容確認書

セントマザー産婦人科医院

田中 温 殿

このたび、私たちはセントマザー産婦人科医院（以下、当院）の卵子提供ドナー登録について貴院の HP「提供卵子による体外受精の内容」および下記の諸点についても理解し承諾しました。

| No | 確認事項 |
|----|---|
| 1 | 本内容をご確認後、ドナー登録申込書をメールでお申し込みください。その後、検査および治療前カウンセリングに進んでいただきます。その内容について審査を実施し、適格基準を満たさなければ承認されないこともあります。マッチングが決まりましたら、当院よりご連絡をいたします。 |
| 2 | マッチング前にカウンセリングは、ご夫婦で原則3回受けていただきます。実施回数は必要に応じて変わります。（回数が少なる場合もあります。） |
| 3 | カウンセリングなどの通院にかかる費用、提供治療を行う際に発生する薬剤・検査費用などはレシピエントがお支払いします。ドナーの方に費用をご負担いただくことはありません。また、実費（交通費、宿泊費、採卵の為に仕事を休んだ際の費用）、そして、実費とは別に、採卵に伴う医療保障費として原則30万円お支払いいたします。 |
| 4 | 提供治療中、7日～10日間のホルモン注射の自己注射が必要です。また、血液検査・超音波検査を1～2回行います。ホルモン注射は指導を受けて頂き、自宅で自己注射を実施する事も可能です。自己注射については担当施設の施設長にご相談ください。直接ご指導いたします。 |
| 5 | 採卵に要する時間は5～10分程度で、局所麻酔または静脈麻酔のどちらかを使用して行います。現在、不妊治療で最も一般的に行われている治療方法ですが、採卵後に腹痛・出血などが一時的にあります。採卵後、約10日前後で生理になり、その後はご自身の生理周期に戻り体調も問題ないことが殆どです。採卵後に症状がある場合はご連絡ください。責任をもって対応いたします。 |
| 6 | 提供治療のホルモン注射や採卵などで副作用が発生するリスクがございます。 主な副作用に以下のものがあり、個人差はありますが、採卵が終わって約10日前後で生理になり症状は治まります。 ・ 卵子を育てるための注射・薬剤によるアレルギー反応 ・ 注射で卵巣を刺激することで、卵巣が少し腫れる症状 (お腹が張った感じ、スカートがきつく感じる、トイレが近くなる、吐気や胃の不快感、体重増加など) これにかかる費用はレシピエントが支払います。責任をもって対応いたします。 |

| | |
|----|--|
| 7 | <p>これまでに実施した当院での提供治療事例では、採卵後に入院を要するような症状は起きていませんが、今回の提供治療でも起こらないという保証はありません。</p> <p>また、以下のような状況になりましても全てレシピエントが支払います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・採卵後の腹痛や出血などがあり病院を受診、通院や入院になった ・採卵後も症状が続き仕事を休むことになった <p>当院が直接対応します</p> |
| 8 | <p>当院では生まれてくる子供が自身の出自を知る権利を保証しています。</p> <p>「生まれたお子様へ告知を行う事を前提で卵子提供治療を行う」ことについてご理解ください。</p> <p>生まれたお子様が18歳以上になった時、卵子を提供した人はどんな人か知りたいと申し出があった場合、ドナーが承諾しない場合は一切お応えできません。ドナーが承諾された場合は、今回提供いただいている書類から個人を特定できない範囲内の内容を開示することは可能となります。もし、ドナーが同意した場合、生まれたお子様との面会も可能です。その際は当院が対応いたします。</p> <p>親子法（2020年民法制定）で子どもを産んだ女性が母親、その夫が父親となり、それを拒否することはできないことになりましたので、提供者には一切ご迷惑をおかけしません。</p> |
| 9 | <p>ドナーは採卵前まで、レシピエントは胚移植前までに治療を取り消すことができます。採卵後はドナーの同意撤回はできません。他の施設への卵子提供の理由が医学的、倫理的に認められる場合は当院のマッチング審査会で検討し、ドナーの希望にこたえる可能性を検討します。治療について不安な事柄や支障などが発生した場合は、ご相談ください。当院では常時、経験豊富なカウンセラー（臨床心理士、公認心理師）が対応いたします。</p> <p>※治療途中で中止になった場合も、レシピエントが費用負担いたします。</p> |
| 10 | <p>以上の説明内容を十分に理解し、同意できた場合は当院へご連絡されてください。</p> <p>（独身の方は一人で、既婚者の場合はご夫婦で来院されてください。）</p> <p>卵子提供であなたの健康に問題がおきないか、卵巣機能が卵子提供に適している又は十分に理解されているか、卵子提供を15年間実際に手掛けてきた院長が確認させていただきます。</p> |

年 月 日

住所：_____

連絡先：_____

本人氏名 _____

配偶者氏名 _____