当院で治療を受けていただく前に

当院では、一人でも多くの不妊症に悩む患者様の希望を叶えるために、スタッフ一同全力で取り組んでおります。皆様にスムーズな治療を受けて頂くために、予めご理解ただきたいシステムやルールがございます。これらに同意いただけない場合は診療をお受けできかねますのでご了承ください。以下の内容をお読みいただき署名の上ご提出ください。

年　　月　　日

確認医師 ：　　ID

1	当院は不妊治療を専門とするクリニックです。当院で検査、治療するにあたり婚姻関係の確認が必要となります。 婚姻関係申告書の提出をお願いいたします。	同意致します。 □
2	検査、治療の保険適応は厚生労働省の決めたルールを順守して行うため、適応外の検査や治療は自費になります。	同意致します。 □
3	婚姻関係について虚偽の申告があった場合は、診療費用の全額を自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 □
4	患者様の取り間違え防止のためにご本人様より生年月日、氏名など繰り返し言っていただくことがあります。	同意致します。 □
5	他院で保険での胚移植を行っている場合は、必ず正確な回数を申告して下さい。保険診療における胚移植は回数の規定があります。事実と反する申告があった場合、当院で保険で受けていただいた診療内容を全額自費でご負担いただくことがあります。	同意致します。 □
6	他院での検査結果（1年以内に実施した感染症以外の項目）を利用する場合には印刷された書類がある場合のみとなります。書面によるデータが無い場合は当院で再検査を受けて頂きます。	同意致します。 □
7	当院では院内感染予防、生まれてくる赤ちゃんへの影響も考えご夫婦共に感染症検査等を実施します。 初診日より1か月程度以内に受けてください。尚、お受け頂けない場合には診療はできません。	同意致します。 □
8	診察・検査結果は診療時に医師より直接お話しします。間違いを防ぐため電話でお答えすることはできません。	同意致します。 □
9	投薬や診療に関するご希望は、必ず診察室で医師に申し出てください。 診療終了後に看護師、受付に申し出ていただいても対応できかねますので、再度ご診察となります。	同意致します。 □
10	処方された薬は必ず当日、院内で確認してください。一度お渡ししたお薬・注射薬等は返品交換はできかねます。 また基本的に間違いを防ぐため、お薬の郵送はできません。	同意致します。 □
11	診療時間外の質問やお問い合わせは受けられませんので時間内にご来院ください。	同意致します。 □
12	院内では最低限のマナーをお守り頂けない場合、診察はお断りいたします。 職員に対して大声をあげたり、罵倒するような行為をされた場合は以後の診察をお断りします。 また、他の患者様にご迷惑になる行為は絶対におやめ下さい。	同意致します。 □
13	不織布マスクを着用して下さい。 COVID-19，ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞや風疹などの感染症にかかっている疑いのある場合や流行性結膜炎（はやり目）、ノロウィルス等などウィルス性腸炎が疑われる下痢、嘔吐がある場合などは来院はお控えください。 また周りにCOVID－19感染者がいる場合も来院はお控えください。	同意致します。 □
14	妻（パートナー）の検査結果を夫（パートナー）に、夫（パートナー）の検査結果を妻（パートナー）に通知説明することについて同意します。	同意致します。 □
15	院内での録音・撮影はご遠慮ください。 また、お渡しする資料の著作権は当院に帰属しており、SNS等への転載は固くお断りします。	同意致します。 □
16	転居した場合やお電話番号が変更になった時は速やかにお知らせください。	同意致します。 □
17	患者様の個人情報は個人情報保護法及び、当院の規定で取り扱います。 治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただく可能性があります。	同意致します。 □
18	JISART（日本生殖補助医療標準化機構）の認定を受けるにあたり、審査時に情報（カルテ）を提示することがあります。	同意致します。 □
19	診察費用は当日にお支払下さい。クレジットカードのご利用も可能です。詳しくは受付にお問い合わせください。 診療費のお支払をして頂けない場合は以後の診察はお受けできません。	同意致します。 □

以上の内容をよく読み十分に理解しましたので、通院中は貴院のルールを遵守いたします。

20　年　　月　　日

医療法人社団 愛慈会

本人（妻）　　署名（自署）：　　松本レディース クリニック

パートナー（夫）　署名（自署）：　　松本ﾚﾃﾞｨｰｽ ﾘﾌﾟﾛﾀﾞｸｼｮﾝｵﾌｨｽ