

## 着床前スクリーニング (PGT-A, PGS) についての同意書

O.G.M.S.殿

私たち夫婦は、着床前スクリーニング (PGS) に関する下記の点、

1. 内容
2. 方法
3. 料金
4. その他

について説明を受け、理解し納得しました。

その上で、TE リムーバルにて除去した細胞をO.G.M.S.に移送し、着床前スクリーニング (PGS) を実施することに同意します。

また、検査結果報告書に性別の表示を

- 希望します。
- 希望しません。

(どちらかに✓をご記入ください。ご記入がない場合、性別の表示はいたしません。)

※ ご注意：性別の表示を希望しない場合でも、性染色体に異常を認めた場合は報告内容から性別を推定できる場合があります。

西暦 年 月 日

〒

(住所) \_\_\_\_\_

刀ガナ 生年月日  
(妻) 氏名 印 西暦 年 月 日生

刀ガナ 生年月日  
(夫) 氏名 印 西暦 年 月 日生