

受精卵（胚）の凍結期限延長同意書

あさひレディースクリニック 院長 高橋 青子 殿

このたび私たちは、すでに同意した不妊症の治療に関連する治療行為の一環として、受精卵（胚）の凍結期限延長に関し、下記の医師から、別紙説明書に記載されたすべての事項について内容説明を受け、その内容を理解し、かつそれに対する十分な質問の機会を得ました。また、担当医師が治療の継続が困難であると判断したときには直ちに治療を中止することがあり得ることについても理解しました。以上のもとで、自由な意思に基づき、受精卵（胚）の凍結期限延長を希望し、同意書を提出します。

また、以下の場合には、私たちの意思に関係なく、凍結卵（胚）が廃棄されることを了解します。

1. 保管期間を過ぎ、保管期間の延長または廃棄手続きが完了していない場合
2. 夫妻の一方が死亡した場合、離婚した場合、行方不明になった場合
3. 天災・火災・事故等、不可抗力による凍結卵（胚）の損傷や喪失が生じた場合

『受精卵（胚）の凍結期限延長説明書』とともに下記事項を確認のうえ、了承いただければ下記の□欄に☑を入れ、ご署名ください。

説明の概要：

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1) 必要性 | <input type="checkbox"/> 2) 適応 |
| <input type="checkbox"/> 3) 延長の方法 | <input type="checkbox"/> 4) 廃棄の方法 |
| <input type="checkbox"/> 5) 手続きを行わなかった場合 | <input type="checkbox"/> 6) カウンセリング |
| <input type="checkbox"/> 7) 倫理 | <input type="checkbox"/> 8) 費用 |
| <input type="checkbox"/> 9) 取り違いの回避 | <input type="checkbox"/> 10) 保存期間中および凍結融解に伴うトラブルについて |
| <input type="checkbox"/> 11) 同意の自由 | <input type="checkbox"/> 12) 廃棄の撤回 |
| <input type="checkbox"/> 13) 患者さまの具体的ご希望、質問と返答 | <input type="checkbox"/> 14) 当院の緊急連絡先 |

説 明 日 西暦 年 月 日

説明医師署名 _____

立会者署名 _____

受精卵（胚）の凍結期限延長に

- 同意します。
 同意しません。理由：

同意年月日 西暦 年 月 日

住 所 _____

電 話 番 号 _____ 本人氏名（自署） _____

同意年月日 西暦 年 月 日

住 所 _____

電 話 番 号 _____ 配偶者氏名（自署） _____（本人との続柄 _____）

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。

※コピーを患者さま控えとしてお渡しします。大切に保管して下さい。