受精卵（胚）の廃棄同意書

あさひレディスクリニック　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）の廃棄に関し、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）の廃棄を希望し、同意書を提出します。

また、培養医療技術発展のため、融解練習・凍結練習・細胞採取練習などに使用すること、使用後はただちに廃棄されること、他者への胚移植などには使用されないこと、を理解し納得しています。ただし、下記【研究使用の選択項目】において研究利用に同意のない場合はただちに廃棄いたします。

『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：

□1）必要性　　□2）適応

□3）延長の方法　　□4）廃棄の方法

□5）手続きを行わなかった場合　　□6）カウンセリング

□7）倫理　　□8）費用

□9）取り違いの回避　　□10）保存期間中および凍結融解に伴うトラブルについて

□11）同意の自由　　□12）廃棄の撤回

□13）患者さまの具体的ご希望、質問と返答　　□14）当院の緊急連絡先

【研究使用の選択項目】以下のどちらかに必ず☑してください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。

生命に結び付かない段階での練習・研究目的に使用してもよろしいですか？　　□　同意します　　□　同意しません

説　明　日　西暦　　年　　月　　日

説明医師署名　＿＿＿＿＿＿＿＿

立会者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿

受精卵（胚）の廃棄に

□ 同意します。（廃棄同意書の提出後、廃棄の撤回ができないことを了承しています。 ）

□ 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。

東京都千代田区神田佐久間町 1 丁目 13 チョムチョム秋葉原 10F あさひレディスクリニック　TEL：03-3252-3588　FAX：03-3251-3589

ALC-Update-20240301