

# 卵子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

ID \_\_\_\_\_

このたび私は、すでに同意したノンメディカルな(社会的適応)卵子凍結保存の治療に関連する治療行為の一環として、卵子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、卵子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、私の意思に関係なく、凍結卵子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. 本人が死亡した場合、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子の損傷や喪失が生じた場合
4. 満45歳の誕生日を迎えた場合
5. ノンメディカルな(社会的適応)卵子凍結保存において推奨年齢を超えた治療の同意書を提出されている方は満47歳の誕生日を迎えた場合

『卵子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) 対象凍結物                    | <input type="checkbox"/> 4) 延長手続きを希望される方       |
| <input type="checkbox"/> 5) 廃棄の手続き方法                 | <input type="checkbox"/> 6) 手続きを行わなかった場合       |
| <input type="checkbox"/> 7) カウンセリング                  | <input type="checkbox"/> 8) 倫理                 |
| <input type="checkbox"/> 9) 費用                       | <input type="checkbox"/> 10) 取り違いの回避           |
| <input type="checkbox"/> 11) 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"/> 12) 同意の自由             |
| <input type="checkbox"/> 13) 廃棄の撤回                   | <input type="checkbox"/> 14) 患者さまの具体的ご希望、質問と返答 |
| <input type="checkbox"/> 15) 当院の緊急連絡先                |  |

説明日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

採卵日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師署名 \_\_\_\_\_ 高橋 青子

卵子の凍結期限延長に

- 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) \_\_\_\_\_

※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。