

# 卵子の廃棄同意書

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、凍結卵子の廃棄に関し、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、凍結卵子の廃棄を希望し、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。

『卵子の凍結期限延長/廃棄説明書』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                |  |

【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 \_\_\_\_\_ 高橋 青子

凍結卵子の廃棄に

同意します。(当院で凍結保存している卵子 採卵日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日を廃棄します。

また、廃棄同意書の提出後は、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) \_\_\_\_\_

※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。