

胚・卵子凍結保存に関する同意書

- 凍結融解の過程において、胚・卵子がダメージを受け質が低下する可能性があること
- 不慮の事故等（地震・火災・異常気象など）、あるいは凍結・融解操作の途中で不可抗力により、凍結胚・卵子の損壊・喪失の可能性があること
- 医師の突然死・体調不良などで閉院・長期休診を余儀なくされた場合、当院での移植ができなくなる可能性があること
- 凍結保存期間は凍結日から1年間とすること
凍結保存の延長を希望する場合、凍結保存期間内に延長の手続きが必要であるとともに、凍結保存料が発生すること
- 凍結保存延長の限度は最大5年間とし、これを超える場合、自動的に凍結保存は中止となること
- 下の項目に該当する場合、凍結保存は中止となること
 - 夫婦間の婚姻関係が解消した場合
 - 夫婦のどちらかが死亡した場合
 - 生殖年齢を超えた場合（おおよそ50歳）
 - 凍結保存延長の手続きが無い場合
 - 連絡がとれなくなった場合
(住所や電話番号の変更があった場合、必ず連絡して下さい)

上記のことを説明しました

説明者署名

私たち夫婦は胚・卵子の凍結保存に関し詳細な説明を受け、上記の事項について同意します。

医療法人 愛育会 レディースクリニックあ
いいく

榎

園 祐治 殿
樋渡 小百合 殿

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住 所 _____

ふりがな
署名（夫） _____

印 携帯番号 _____

〒

住 所

ふりがな
署名（妻）

印

携帯番号

※署名は、夫婦それぞれご本人が自筆で記入して下さい