

精子凍結保存に関する同意書

精子凍結保存に関し詳細な説明を受け、了解し熟慮の結果、凍結保存することを依頼し、下記の事項について同意します。

1. 現時点では凍結精子により出生した児とそれ以外の児との先天異常の発生率はほぼ同等とされているが、臨床応用されてまだ歴史の浅い治療法であるため、長期の影響（例えば次世代、次々世代）については不明であること
2. 精子の凍結と融解に際し、精子がダメージを受け妊孕性が低下、また不可抗力により精子の喪失の可能性があること
3. 不慮の事故（地震・火災・異常気象等）により、凍結精子の損壊あるいは喪失が生じる可能性があること
4. 凍結保存の期間は最大5年間とし、凍結1年後から凍結保存料が発生すること
※保存期限約1ヶ月前に封書（簡易書留）で関係書類を郵送します。郵送を希望されない方は保存期限の2ヶ月前までに来院され手続きを済ませて下さい
5. 精子凍結日から1年以上経過し保存延長の申請が行われない場合（連絡先が変更になり連絡が取れない場合も含む）、凍結保存の継続意志が無いものとして、保存の継続を中止すること
※連絡先が変更になった場合、速やかに連絡して下さい
6. ご本人が死亡した場合、凍結精子は破棄されること。また、その際は配偶者、身元引受人（保護者、親族等）が凍結精子破棄の申請書を提出すること

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
年 月

日

〒

住 所

ふりがな
本人署名

印 携帯番号

ふりがな
配偶者氏名（妻）

携帯番号

身元引受人住所

電話番号

ふりがな
氏 名

印 携帯番号

※署名は、精子を凍結されるご本人様（夫）が自筆にてお願いします

※未婚の場合、身元引受人の署名・捺印が必要です