

凍結精子の融解に関する同意書

凍結精子の融解に関し詳細な説明を受け、了解し熟慮の結果、凍結精子の融解を行い不妊治療に使用することを依頼します。下記の事項についても同意します。

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. 精子の凍結融解により運動性が著しく低下した場合、治療に利用できない可能性があること

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