

## 受精卵（胚）凍結保存の同意書

I. この申し込みに当たって、受精卵の凍結保存に関する以下の事項について、担当医師から十分な説明を受けました。

- 1) 本法の目的・適応・方法について
- 2) 本法の利点と問題点について
- 3) 胚の凍結保存期間は1年だが、凍結保存期間満了までに継続の手続きをおこなった場合は期間を延長できること
- 4) 女性の生殖年齢を超えた場合、夫婦（または当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向がある）の一方が死亡した場合、離婚した場合、行方不明の場合、凍結胚は廃棄処分となること
- 5) 天災・火災などの不可抗力により胚に損傷・紛失が生じ、凍結胚が使用できなくなる場合があること
- 6) 実施前後のデータは日本産科婦人科学会への報告義務があり、学術目的のための成績発表の際に治療経過を使用させていただきますが、個人情報保護法にしたがい個人と特定されない形でおこないます
- 7) 必要な経費など

説明医師： \_\_\_\_\_

II. 上記の説明を十分理解した上で、受精卵（胚）の凍結保存を受けることに同意します。

ノア・ウィメンズクリニック

院長 田中 宏明 殿

同意日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

本人診察券番号 \_\_\_\_\_

本人氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

配偶者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印