

胚凍結保存同意書

あらかきウィメンズクリニック
院長 新垣総子 殿

私達夫婦は、ヒト胚および卵の凍結保存法に関して、その方法・保存期間・有効性・安全性、廃棄の条件などについて十分な説明を受け、熟慮の上、了解いたしましたので、今回の体外受精治療により得られた胚および卵の凍結保存を依頼いたします。

説明用紙(2枚)を読み、下記事項を理解し同意していただければ左の□欄にチェックを入れてください。

- 凍結の目的・方法・保存期間
- 凍結費用
- プライバシーの保護
- 廃棄の条件

下記の事項理解し同意していただければ左の□欄にチェックを入れてください。

- 同意書の提出がなかった場合、凍結・凍結継続が中止となる場合があります。
- 緊急時に予定外の処置を行う必要性が生じた場合は貴院の方針に従います。
- 治療経過に関する情報は個人が特定されない形で学会発表や日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

上記事項すべてに同意していただければ下記に署名してください。

平成 年 月 日

ID _____ 氏名(妻) _____ (自筆)

現住所 〒 _____

電話 _____ 携帯・FAX _____

配偶者氏名 _____ (自筆)

現住所 〒 _____

電話 _____ 携帯・FAX _____

連絡先① _____ 様方(続柄 _____)

現住所 〒 _____

電話 _____ 携帯・FAX _____

※ご夫妻にご連絡がつかない場合の連絡として、「連絡先①」は必ずご記入ください。

あらかきウィメンズクリニック 説明者 _____