

凍結胚保管期限の更新に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

滋賀県草津市渋川一丁目2番地

院長 森 敏恵 殿

理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦（事実婚を含む）は、下記の項目について十分に理解しましたので凍結胚保管期間を1年間更新する事を希望します。

- 1、胚凍結保存の具体的方法と適応、位置づけについて
- 2、胚凍結保存による妊娠率・出産率の現状、成績について
- 3、胚凍結保存に伴う被実施者、あるいは出生する児に対する危険性について
- 4、胚凍結保存に要する費用について
- 5、治療や妊娠の経過、結果については日本産科婦人科学会への報告の義務があり、成績の報告や学会への報告をするが個人情報の保護や守秘義務に留意していくこと
- 6、凍結保存の期間は1年とし、1年ごとに来院し書類にて更新を申請する必要がある、更新がされない場合は胚が廃棄されること
- 7、治療中に医師が診療できなくなった場合や天災や火災など不測の事態が生じた場合は、胚・卵子・精子の処遇や治療の継続または中止に関しては当医療法人の管理下に相談していくこと
- 8、お二人の同意が得られない場合、カップルとしての関係を解消した場合、お二人のうちどちらか一方が死亡した場合は治療の継続はできないこと、また女性が生殖年齢（50歳）を超えた場合も胚は破棄すること
- 9、やむを得ず胚を当施設より移動する場合、必ず来院し説明を受けた上で同意書へ署名が必要であること

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) :

生年月日(自署) : 年 月 日

住所(自署) :

電話番号(自署) :

夫氏名(自署) :

生年月日(自署) : 年 月 日

住所(自署) :

電話番号(自署) :

凍結胚の廃棄に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

滋賀県草津市渋川一丁目2番地

院長 森 敏恵 殿

理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦(事実婚を含む)は凍結胚を廃棄することを選択し、処分権を草津レディースクリニック側に移管する事に同意致します。

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) : 生年月日(自署) : 年 月 日

住所(自署) :

電話番号(自署) :

夫氏名(自署) : 生年月日(自署) : 年 月 日

住所(自署) :

電話番号(自署) :

凍結胚保管期限の更新に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

滋賀県草津市渋川一丁目2番地

院長 森 敏恵 殿

理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦（事実婚を含む）は、下記の項目について十分に理解しましたので凍結胚保管期間を1年間更新する事を希望します。

- 1、胚凍結保存の具体的方法と適応、位置づけについて
- 2、胚凍結保存による妊娠率・出産率の現状、成績について
- 3、胚凍結保存に伴う被実施者、あるいは出生する児に対する危険性について
- 4、胚凍結保存に要する費用について
- 5、治療や妊娠の経過、結果については日本産科婦人科学会への報告の義務があり、成績の報告や学会への報告をするが個人情報の保護や守秘義務に留意していくこと
- 6、凍結保存の期間は1年とし、1年ごとに来院し書類にて更新を申請する必要がある、更新がされない場合は胚が廃棄されること
- 7、治療中に医師が診療できなくなった場合や天災や火災など不測の事態が生じた場合は、胚・卵子・精子の処遇や治療の継続または中止に関しては当医療法人の管理下に相談していくこと
- 8、お二人の同意が得られない場合、カップルとしての関係を解消した場合、お二人のうちどちらか一方が死亡した場合は治療の継続はできないこと、また女性が生殖年齢（50歳）を超えた場合も胚は破棄すること
- 9、やむを得ず胚を当施設より移動する場合、必ず来院し説明を受けた上で同意書へ署名が必要であること

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) : _____

生年月日(自署) : _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所(自署) : _____

電話番号(自署) : _____

夫氏名(自署) : _____

生年月日(自署) : _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所(自署) : _____

電話番号(自署) : _____

凍結胚の廃棄に関する同意書

医療法人 真心会 草津レディースクリニック

滋賀県草津市渋川一丁目2番地

院長 森 敏恵 殿
理事長 野村 哲哉 殿

我々夫婦(事実婚を含む)は凍結胚を廃棄することを選択し、処分権を草津レディースクリニック側に移管する事に同意致します。

*必ずご自分で署名をお願いします

*書類内容について連絡をさせて頂く事がありますので予めご了承ください

(記入日) 西暦 年 月 日

妻氏名(自署) : 生年月日(自署) : 年 月 日

住所(自署) :

電話番号(自署) :

夫氏名(自署) : 生年月日(自署) : 年 月 日

住所(自署) :

電話番号(自署) :