

体外受精を開始する前に提出して下さい。

胚および卵子の凍結保存 同意書

私達は、胚の凍結に関して、その必要性、方法、費用、安全性などについて医師から詳しく説明を受け、良く理解できましたので、夫婦の意思で合意の上、不妊治療として凍結保存をお願い致します。

石渡産婦人科病院の定める凍結に関する規定および下記の条項に同意致します。

1. 凍結保存期間は1年間までとします
2. 次のいずれかに該当する場合は、その時点で廃棄致します
 - ① 離婚または死別した場合
 - ② 夫婦の意思として廃棄の申し出があった場合
 - ③ 転居などにより連絡が取れない場合
 - ④ 移植が出来ないと医師が判断した場合
 - ⑤ 凍結延長の依頼がなかった場合（当院から期間満了のご連絡は致しません）
 - ⑥ 母体の生殖年齢を超えた場合（45歳まで）
3. 凍結胚は卵を採取した母体にのみ移植するものとします
4. 費用の概算
5. 天災、あるいは予期できない不測の事態等にて、胚の管理等が継続できなくなる場合もあります
6. その他

説明者名 _____

石渡産婦人科病院 院長 石渡 勇 殿

20 年 月 日

住所：〒 _____

本人（妻）氏名： _____ 印

配偶者（夫）氏名： _____ 印

この同意書は、複数回にて有効とします。必ずご本人直筆で署名・捺印をし、提出して下さい。