凍結受精卵に関する同意書

㊐Ⅳ

新規	更新

医療法人小春会　八戸クリニック院長殿　　（保険／自費）

私たちは凍結受精卵を用いた治療についての内容及びそれに伴い発生の可能性のある諸事項について説明を受け承諾致しました。凍結受精卵を用いた治療を希望しその実施を依頼します。

1．当施設における凍結受精卵を用いた治療は日本産科婦人科学会会告「ヒト胚および卵の凍結保存と移植に関する見解」の趣旨に沿って、夫婦または事実婚カップルに限定して行うものとし、受精卵の他人への譲渡や代理母に移植してはならない。

2．受精卵を凍結しても何らかの障害で移植できないことがあります。

3．凍結術中の長時間の停電や凍結保存中の予期せぬ地震などにより保存が困難となることがあります。

4．医師らの不慮の事故、体調不良、クリニックの閉院などによって凍結保存・治療を継続出来なくなる場合があります。

5．凍結受精卵の融解移植で妊娠した場合においても、胎児奇形、流産、子宮外妊娠の危険性が存在します。

6．凍結胚の保存期間は 1 年です。1 年ごとの更新となり、期限内に手続きを完了しない場合は廃棄となります。但し以下の理由がある場合には期間内であっても確認の上廃棄するものとします。

・夫婦または夫婦のどちらかから廃棄の申し出があった場合　　・夫婦が離婚した場合

・夫婦のどちらかが行方不明又は連絡が取れない場合　　・女性の生殖年齢を超えた場合

・夫婦のどちらかが死亡した場合

※妊娠出産等で治療を中断中の方はいずれ胚移植の意思があっても自費更新となります。

事前に意思の確認をする場合があります。住所、電話番号、E-mail アドレス等変更時は速やかにお知らせください。

更新の意思のある方は以下のものが必要となります

①凍結胚更新同意書　　②更新料　　③生殖補助医療計画書（保険の場合）

凍結受精卵（採卵日　　年　　月　　日）			
3 日目胚	個	凍結日	年　月　日
4 日目胚	個	凍結日	年　月　日
5 日目胚	個	凍結日	年　月　日
6 日目胚	個	凍結日	年　月　日

凍結期限
西暦　　年　　月　　日

西暦　　年　　月　　日

妻氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日（　　）才

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail address＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（@link 予約システムに登録したアドレス）

夫氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日（　　）才

住　　所　□同上＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

妻診察券 No.＿＿＿＿＿＿＿＿　エンブリオロジスト氏名＿＿＿＿＿＿＿＿