

凍結保存配偶子及び胚の破棄に関する説明文書

この説明文書は、担当医師等からの説明を補い、あなたの理解を深めるためのものですのでよくお読みになり、破棄を行うかどうかご検討ください。破棄を行うかどうかはあなたの自由です。内容を十分に理解し、納得された上で、同意書に署名してください。説明の中でわかりにくい言葉や疑問、質問がありましたら遠慮なくお尋ねください。

1. 診断名、病態

不妊症

2. 実施予定の内容

昭和医科大学病院で保管中の全ての凍結保存配偶子および胚の破棄

3. 有効性、危険性

凍結保存期間満了や本人の意思による破棄は、不妊治療を継続しないことを前提とした適切な選択肢のひとつです。

なお、破棄に伴い以下のような点をご理解ください：

- ・一度破棄された配偶子および胚は再度使用することができません。
- ・破棄後、保存記録は一定期間保管の後、法令等に従い適切に処分されます。
- ・患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告したりすることがあります。

4. セカンドオピニオン

他の医療機関等の意見を自由に求めることができます。希望する場合はスタッフまでご相談ください。

5. 同意の撤回および不同意

破棄処理前であれば、同意後でもいつでも撤回できます。撤回による不利益は一切ありません。

6. 質問の機会

不明点があれば、いつでもスタッフにご相談ください。

7. 予測される医療費

通常、破棄に関する費用は発生しませんが、特別な手続きが必要な場合は別途ご案内いたします。

凍結保存配偶子及び胚の破棄に関する説明文書

凍結保存配偶子及び胚の情報：

種類（該当するものに✓）： 凍結精子 凍結卵子 凍結胚

保存数：_____個（本）

凍結日：_____年___月___日

種類（該当するものに✓）： 凍結精子 凍結卵子 凍結胚

保存数：_____個（本）

凍結日：_____年___月___日

種類（該当するものに✓）： 凍結精子 凍結卵子 凍結胚

保存数：_____個（本）

凍結日：_____年___月___日

私たち夫婦（私）は、破棄された配偶子および胚が将来にわたり再利用できないことを理解し、納得の上で破棄に同意します。

私たち夫婦（私）は、破棄の判断は自己の意思に基づくものであり、当院に対していかなる異議申し立ても行わないことに同意します。

※上記事項について質問や再確認したいことがなければ、左端の□欄に☑を入れ、下記に署名してください。

※この同意書に記載された患者の個人情報当院にて厳重に管理し、外部に漏洩することはありません。

凍結保存配偶子及び胚の破棄に関する説明文書

凍結保存配偶子及び胚の情報：

種類（該当するものに✓）： 凍結精子 凍結卵子 凍結胚

保存数：_____個（本）

凍結日：_____年___月___日

種類（該当するものに✓）： 凍結精子 凍結卵子 凍結胚

保存数：_____個（本）

凍結日：_____年___月___日

種類（該当するものに✓）： 凍結精子 凍結卵子 凍結胚

保存数：_____個（本）

凍結日：_____年___月___日

私たち夫婦（私）は、破棄された配偶子および胚が将来にわたり再利用できないことを理解し、納得の上で破棄に同意します。

私たち夫婦（私）は、破棄の判断は自己の意思に基づくものであり、当院に対していかなる異議申し立ても行わないことに同意します。

※上記事項について質問や再確認したいことがなければ、左端の□欄に☑を入れ、下記に署名してください。

※この同意書に記載された患者の個人情報 は当院にて厳重に管理し、外部に漏洩することはありません。

同意文書

昭和医科大学病院 病院長 殿

別紙のとおり、凍結保存配偶子及び胚の破棄に関する同意書を受け取り、上記同意書の□にチェック（☑）を付けた項目について説明を受けました。

1. 診断名、病態について
2. 実施予定の目的と内容
3. 有効性、成功率と危険性（合併症、副作用の発生率等）について
4. セカンドオピニオンについて
5. 同意の撤回および不同意について
6. 質問の機会について
7. 予測される医療費について
8. 凍結保存配偶子及び胚の破棄について

【説明医師の署名欄】

説明日：20____年____月____日____時____分

診療科：_____

説明者名（自筆署名）：_____

説明同席者：なし・あり（自筆署名）_____

【ご本人（妻）・配偶者またはパートナーの署名欄】

上記の内容を理解した上で、

- 当院に保管してある全ての凍結保存配偶子及び胚の破棄に同意します。
- 当院に保管してある全ての凍結保存配偶子及び胚の破棄に同意しません。
- セカンドオピニオン等を検討します。

同意年月日：20____年____月____日____時____分

住所：_____

ご本人 氏名（署名）：_____

生年月日：_____

配偶者またはパートナー 氏名（署名）：_____

生年月日：_____