胚・配偶子（卵子・精子）凍結保存・期間に関する説明同意書

胚・配偶子（卵子・精子）の凍結保存・期間について

1. 胚の移植は当該女性の生殖年齢を超えないものとします。

2. 凍結保存期間は１年とし、続けて保存を希望される場合には更新手続きが必要で、保存には別途費用が掛かります。

3. 保存期間は最長５年とします。更に延長を希望される方は担当医とご相談ください。

4. 次の事態が生じた場合は、１ヶ月以内に当院、当科に通知をお願いします。
   - 夫婦もしくは事実婚の方は、離婚・離別など事実上婚姻状態が終了した場合
   - 一方の配偶者が死亡した場合
   - その他生殖が不能になる場合
   - 住所・電話番号の変更により連絡ができなくなった場合（変更した場合には破棄となることがありますで、必ずご連絡ください。）

5. 次の場合には、凍結保存を中止し、処分致します。
   - 保存期間が満了した場合
   - 前条の通知を受けた場合（住所変更を除く）
   - 胚の場合は夫婦が、配偶子の場合は本人が処分を希望した場合

6. その他、胚、配偶子については日本産婦人科学会会告に従って、慎重にこれを取り扱うものとします。

7. この期間に不慮の事故・天災などで、保存胚・配偶子を損壊もしくは喪失した場合、当院は一切の責を負いかねます。

8. なお、保存期間の延長の意志を確認するためこちらからご連絡する場合があります。
   同意書にご希望される連絡方法の□にチェック（☑）をお願いします。

同 意 文 書

昭和医科大学病院　病院長 殿

別紙のとおり、胚・配偶子（卵子・精子）の凍結保存・期間の説明文書を受け取り、下記の☐にチェック（☑）を付けた項目について説明を受けました。

1. ☐ 胚の移植と生殖年齢について
2. ☐ 凍結保存期間と更新手続きについて
3. ☐ 保存期間延長について
4. ☐ 1ヶ月以内に当院、当科に通知する場合について
5. ☐ 凍結保存を中止し、処分する場合について
6. ☐ その他、胚、配偶子の取り扱いについて
7. ☐ 保存胚・配偶子を損壊もしくは喪失した場合について
8. ☐ 保存期間延長の意志について

希望の連絡方法　　☐郵送　　☐電話

【説明医師の署名欄】

保存期間　20　　年　　月　　日から 20　　年　　月　　日まで

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(自筆署名)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ご本人（妻）・夫の署名欄】

上記の内容を理解した上で、

☐ 同意します。　☐ 今回は同意しません。☐ 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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿