

受精卵凍結保存同意書

アイリスウイメンズクリニック武蔵境 院長 殿

私たち夫婦は、受精卵凍結保存について、別紙「受精卵凍結保存について」および担当医師から十分な説明を受け、その内容を理解したうえで、受精卵の凍結保存に同意いたします。また、治療経過中に必要な緊急措置が生じた場合には、その措置を受けることについても同意いたします。

また、凍結保存契約期間の延長には所定の更新手続きが必要であることを理解しております。更新期限最終日までに貴院所定の方法による手続きを完了しなかった場合には、胚が廃棄されることに同意いたします。なお、SEET 液の有効期限は6か月であり、更新手続きの有無にかかわらず、期限を経過した場合には自動的に破棄されることについても承知いたしました。

【説明を受け理解した事項】

1. 受精卵凍結保存の適応
2. 受精卵凍結法・融解法
3. 受精卵凍結のリスク
4. 治療成績
5. 費用
6. 凍結保存期間
7. 凍結保存期間の更新および破棄の条件
8. 凍結胚の移植
9. 登録情報（氏名・住所・連絡先等）の変更
10. 保存期間中の事故・災害・不可抗力事由への対応
11. その他の重要事項

【凍結受精卵保存契約期間】

凍結保存契約期間：_____年___月___日まで

次回更新期限：_____年___月___日～_____年___月___日

署名欄

【患者本人】

署名：_____

記入日：_____年___月___日

ID：_____

【配偶者】

署名：_____

記入日：_____年___月___日

医療機関記載欄

説明医師名：_____

説明日：_____年___月___日