

凍結胚破棄に関する同意書

アイリスウィメンズクリニック武蔵境 院長 殿

私は、下記の凍結保存胚をすべて破棄することを希望し、以下の内容を十分理解したうえで同意いたします。

1. 患者情報

診察券番号：_____ 患者氏名：_____ 生年月日：_____年____月____日

配偶者氏名：_____

2. 対象胚

_____年____月____日に ☐ 凍結したすべての凍結胚
☐ 一部の凍結胚____個（番号：_____）

3. 破棄方法（どちらを選択しても不利益が生じることはありません）

☐ 直ちに破棄 ☐ 研究に使用後破棄

※研究とは培養医療技術発展を目的とし、生命には結びつかない段階での研究

4. 確認事項

以下について説明を受け、理解しました。

1. 凍結胚を破棄した後は、いかなる理由があっても元に戻すことができないこと
2. 本意思決定は十分な検討のうえでなされたものであり、撤回できない場合があること
3. 破棄後の胚に関して、当院に対して一切の請求・異議申し立てを行わないこと
4. 未納費用がある場合は、精算後に破棄手続きが行われること

5. 同意

本破棄は、私および配偶者双方の合意に基づくものです。

また、本件に関し当事者間で紛争が生じた場合、当院に責任を求めません。

署名欄

【患者本人】

署名：_____ 印

記入日：_____年____月____日

【配偶者／パートナー】

署名：_____ 印

記入日：_____年____月____日

医療機関記載欄

説明医師名：_____

説明日：_____年____月____日