凍結胚保存延長に関する同意書

アイリスウィメンズクリニック武蔵境　院長 殿
私は、下記凍結胚につき、凍結保存期間を1年間延長することを申請いたします。

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. 対象胚および延長期間

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　に凍結保存し、保存期限が　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　までとなっている凍結胚 ＿＿＿＿ 個

延長後の保存期間：　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　～　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 まで

3. 確認事項

以下について説明を受け、理解しました。

1. 凍結保存は適切に管理されるが、長期保存に伴う胚の変化や妊娠率への影響が否定できないこと
2. 保存期間内に更新手続きが行われない場合、当院の規定に基づき廃棄等の対応が行われる可能性があること
3. 保存に関する更新費用(自診診療の場合は39,600円/個（税込）、保険診療の場合は10,500円)が発生し、未納の場合は延長手続きが完了しないこと
4. 保存中の胚に関する管理は当院の規定に基づき行われること
5. 次回の保存期間延長手続きは、保存期間終了後1か月以内に行なわなければならないこと
6. 以下の内容に該当する場合には、凍結検体を自動的に破棄させていただきます。
   ・凍結胚の更新期限満了までに凍結保存継続の更新手続きのお申し出がない場合
   ・保存期間満了後ご自身もしくはその配偶者と連絡が取れなくなった場合
   ・当院で規定する凍結保存更新料の支払いが確認できない場合
   ・奥様のご年齢が50歳を超えた場合
   ・保存期間中にご夫婦のいずれかが亡くなられた場合
   ・ご夫婦の婚姻関係を解消された場合
   ・医学的に治療が困難とされた場合
7. 凍結保存検体の保管管理において細心の注意を払いますが、地震や洪水等の自然災害、火災、事故等の予期せぬ事態により、液体窒素保存容器の転倒等で凍結保存が継続不可能となった場合は、保障しかねますのでご了承ください。なお、この場合、凍結保存期間内であっても料金の返金はいたしません。

4. 同意

本延長は、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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

【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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿