

## 凍結保管未受精卵子、胚の保管終了についての同意書（医学的適応）

私は、凍結保管された未受精卵子、胚が、以下のいずれかの場合に保管終了されることについて同意します。医師やスタッフからの説明と文書によって、下記の事項について十分理解し、納得しました。

（↓患者☑欄）

- 本人から保管終了希望の申し出があった場合
- 本人（胚の場合は夫婦のいずれか）が死亡した場合
- 凍結保管期間延長を希望しなかった場合
- 本人の年齢が保管期間最長年齢を超えた場合

施設責任者 絹谷産婦人科 院長 絹谷 正之

説明日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

説明者【 \_\_\_\_\_ 】

同意年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

本人氏名（自署）： \_\_\_\_\_

\* 本人が婚姻している場合 夫氏名（自署）： \_\_\_\_\_

\* 本人が未成年の場合 親権者父氏名（自署）： \_\_\_\_\_

親権者母氏名（自署）： \_\_\_\_\_

同意書控えお渡し者【 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 】

**\* 提出していただいた後、患者様控えとしてコピーをお渡しますので、大切に保管してください。**

190530 医説明