

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(写)受領サイン【 _____ / _____ 】

*** 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。**

200413 医説明