凍結精子の融解の同意書

私達は、現在凍結保存中の精子を融解し、私達の不妊治療に使用することに同意します。
尚、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。
治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。
また、副作用の出現時や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

＊別紙『精子凍結・融解に関する説明書』とともに下記事項を１つずつ振り返り、質問や再確認したいことがなければ、**左端の患者☐欄に☑を入れ、下記に署名して下さい。**
(↓患者☑欄)

☐１）融解後の精子を用いて、私達に予定されている治療はどのようなものか。

☐２）凍結精子を融解した後の運動率や生存率について。
融解した精子の状態によっては治療に使用できず、精子は廃棄処分となること。また、凍結した精子がごく少量（数子）の場合、融解しても精子が見つからず治療を行えない場合があること。

☐３）凍結融解精子を使用した治療の妊娠率について。

☐４）今回予定している治療の、考えられる危険性と副作用について。

☐５）今回ご説明した凍結融解精子を用いた治療にかかる費用について。（料金一覧表参照）

＜注意事項＞

☐ ①融解精子を使った治療を行なう場合、夫婦であることが前提です。ただし、夫婦関係に変更があった場合（離婚、事実婚の解消、事実婚夫婦の婚姻等）には、速やか当院に連絡してください。

☐ ②この同意書の提出がない場合は、凍結精子を融解することはできません。

☐ ③この同意書は今回の凍結精子融解用です。今回の治療後に、再び同じ治療を希望する場合、その都度、同意書の提出が必要です。

☐ ④精子融解の通常の作業中や、災害（天災、火災など）時に不可抗力によって生じ得る、損傷・喪失に関して、当院は責任を負いません。

☐ ⑤この同意書を提出後でも、融解前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。
また、担当医師が継続困難と判断すれば、ただちに治療が中止されます。

☐ ⑥今回ご説明した凍結融解精子を用いた治療は、標準的な治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。

☐ ⑦患者様の個人情報は、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
夫氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
妻氏名（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しますので、**大切に保管**してください。