

未受精卵子、胚(受精卵)凍結保存の同意書 (医学的適応)

私は、原疾患治療による卵巣機能低下が予想されるため、原疾患の状態、予後、本法が原疾患に影響を及ぼす可能性も理解したうえで、私の未受精卵子、胚(受精卵)を貴院にて凍結保存することを希望します。

尚、医師やスタッフからの説明と文書(『医学的適応による未受精卵子、胚(受精卵)の凍結、保存に関する患者用説明書』)によって、卵子、胚の凍結・融解、治療について下記の事項を十分に理解し、納得しました。

* 別紙(絹谷産婦人科 生殖補助医療説明書集および未受精卵子、胚(受精卵)凍結保存についての当院の規定)とともに下記事項を確認のうえ、左端の口欄に☑を入れ、下記に署名してください。

(↓患者☑欄)

- 1) 未受精卵子、胚の凍結保存及びその後の治療について。
- 2) 卵胞発育・排卵誘発に用いる薬剤の使用及び採卵による副作用の可能性について。
- 3) 卵子が採取できない可能性、また、卵子の状態によっては凍結できない可能性もあること。
- 4) 未受精卵子、胚の凍結融解後の生存率について。
融解した未受精卵子、胚の状態によっては治療に使用できないことがあること。
- 5) 融解した未受精卵子、胚での治療には、体外受精・胚移植や顕微授精が必要であること。
- 6) 凍結融解未受精卵子、胚を使用した治療の妊娠率に関する情報について。
- 7) 未受精卵子、胚の凍結保存期間と費用について。(料金一覧表参照)
- 8) 未受精卵子、胚の凍結保存期間は延長できるが、当院の定める最長保管期間があること。
- 9) 未受精卵子、胚凍結保存期間の延長の手続きについて。
- 10) 住所や電話番号を変更した際は、必ず当院に連絡すること。
- 11) 未受精卵子、胚を融解する場合の手続きについて。

未受精卵子凍結の時点で、本人が未成年の場合

- 12) 未受精卵子凍結保存には、本人と親権者の同意が必要であること。
- 13) 満20歳以降は、未受精卵子凍結保存の継続に関する意思確認は本人と行う。
- 14) 親権者は、上記(13)につき、本人にうながす義務があること。
これは、日本産科婦人科学会の会告『医学的適応による未受精卵子、胚(受精卵)および卵巣組織の凍結・保存に関する見解(平成28年6月)』に従うものです。

<注意事項>

- ①この同意書の提出がない場合は、凍結保存することはできません。
- ②この同意書は、今回の未受精卵子、胚(受精卵)凍結保存用です。今回の凍結後に、反復して凍結を希望する場合は、その都度、未受精卵子、胚(受精卵)凍結保存の同意書を提出していただきます。
- ③卵子、胚凍結の通常の作業中や、災害(天災、火災など)時に不可抗力によって生じる得る、卵子、胚の損傷・喪失に関して、当院は責任を負いません。
- ④この同意書を提出後でも、凍結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。
- ⑤本人の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。
なお、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： _____

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 法定代理人親権者 父 氏名(自署)： _____

法定代理人親権者 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。大切に保管してください。

170810 医説明