

凍結保存未受精卵子、胚の廃棄についての同意書（医学的適応）

私は、凍結保存された未受精卵子、胚が、以下のいずれかの場合に破棄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）

- 本人から廃棄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
- 凍結保存期間の更新をしなかった場合
- 本人の年齢が保存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しますので、大切に保管してください。

170810医説明