

<精子凍結同意事項説明書>

同意書の各項目をご理解、ご納得の上、点線より下記の各項目の□にレ点でチェック、必要事項のご記入をお願いいたします。以下、この説明書を見てもご不明な点がある場合には、来院時に培養士にお尋ね下さい。

凍結同意事項

- 凍結日にチェックとご署名を揃えて提出して下さい。凍結が完了しましたら培養士より凍結した精子の説明をいたします。
- 精子の凍結保存を予定していても、精子の状態により凍結保存が行えないことがあります。
- 凍結保存には、液体窒素を使用します。通常、細胞は凍ると死んでしまいますが、凍結保護剤を用いて凍結することにより、精子を生きたまま凍らせることができます。それでも、凍結・融解のダメージによって精子が動かなくなったり、死んでしまったりすることがあります。また、凍結・融解された精子は、通常の体外受精において受精率が低下することがあるため原則として顕微授精の適応となります。
- 治療に使用する場合は婚姻継続中であること、奥様のご年齢が 50 歳未満であることが前提となります。
- 地震や洪水などの自然災害や火事、および何らかの事故が生じた場合には、保存を継続することが困難となる場合があります。
- 凍結保存期間は 1 年間のみとなり、延長・更新は行えません。

廃棄に関する同意事項

- 保存期限の満了に伴いまして、凍結精子は自動的に廃棄となります。
- 万一ご離婚された場合、奥様のご年齢が 50 歳を超えた場合、また、医学的に治療が困難と診断された場合は、凍結精子は廃棄となります。
- 保存期間中、ご自身が亡くなられた場合、凍結精子は廃棄となります。
- 今回凍結した精子の廃棄を決定した場合、当院にその精子を提供していただき、将来の不妊治療発展のための研究として用いさせていただいてもよろしいでしょうか。
提供される方は“YES”を、提供されない方は“NO”にマルをつけて下さい。

凍結同意事項の説明は以上となります。再度、レ点チェックと必要事項のご記入を確認し当院にご持参下さい。

ファティリティクリニック東京

2017.09.22

精子凍結同意書

2017.08.01

ファティリティクリニック東京

院長 小田原 靖 殿

説明日 西暦 年 月 日 担当者 培養士 _____

| | | | | |
|-----------------|-----|---|---|----------|
| 凍結保存精子記録 | 凍結日 | 年 | 月 | 日 (No,) |
| | 凍結日 | 年 | 月 | 日 (No,) |
| | 凍結日 | 年 | 月 | 日 (No,) |
| | 凍結日 | 年 | 月 | 日 (No,) |
| 保存期限 (上記すべての精子) | | 年 | 月 | 日 |

下記項目のチェック・ご記入をお願い致します。

凍結同意事項

- 凍結日まで本同意書を提出しない場合、凍結保存しないことに同意します。
- 精子の状態により凍結保存ができない場合の説明を受け、これに同意します。
- 凍結保存の方法とリスクについて説明を受け、これに同意します。
- 治療に使用する場合は実施夫婦が婚姻継続中であり、かつ母体の年齢が 50 歳を超えないことに同意します。
- 自然災害・火事・事故など不測の事態により貴院での保存に支障をきたした場合、貴院に対する免責に同意します。
- 凍結保存の期間は凍結日を起点に 1 年間とし、凍結保存期限の延長・更新ができないことに同意します。

廃棄に関する同意事項

- 凍結保存期間の満了に伴い、廃棄することに同意します。
- 婚姻関係を解消された場合、母体の年齢が満 50 歳を超えた場合、また治療が困難と判断された場合は廃棄することに同意します。
- 保存期間内であっても、万一自身が死亡した場合は廃棄とし、これを用いての医療行為を行わないことに同意します。
- 生殖医学発展のため、ならびに、不妊症の診断・治療の進歩に貢献する基礎的研究に、精子を提供することに同意しますか？ (YES ・ NO)

私は、上記の内容について説明を受け治療を行うことに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

ID No. _____ 夫氏名 (自筆) _____

妻氏名 _____

〒

住所 _____

TEL _____

この同意書に記載されている患者様の個人情報には当院にて厳重に管理し、いかなる場合も外部に漏洩することはありません。また、同意書は治療開始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。