

## <継続更新 特例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。ご不明な点がある場合には、来院時に培養士にお尋ねください。

### 凍結同意事項

- 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 年間となります。以降の更新をご希望される方は必ず保存期限内に来院していただき、継続更新の同意書の作成を行ってください。
- 本同意書の郵送による授受は原則として認めてはおりませんが、やむを得ない事情により来院が困難な場合は、患者様の自己責任において配達証明や書留郵便など控えの残る形で郵送してください。ただし、郵便事故などによる同意書の紛失は当院では一切の責任を負わないものとしておりますのでご注意ください。

### 廃棄に関する同意事項

- 保存期限内に更新手続きが無い場合、凍結精子は自動的に廃棄となります。その際は、本同意書を以て廃棄の同意となります。
- 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。
- 保存期限の 40 日前にメールにて保存期限のご連絡をいたします。ご希望の場合には“YES”に、必要のない場合には“NO”にマルをつけて下さい。ご希望の場合は、WEB 予約システム (@リンク) へメールアドレスのご登録を必ずお願いいたします。その際、「メールアドレス解除 (配信不要)」設定を行いますと保存期限前のメールが受信できませんので、設定を行わないようお願いいたします。

**原則、妻メールアドレスへの送信となります。**夫メールアドレスへの送信を希望する場合は、凍結説明時に培養士へ必ずお申し出いただき、精子凍結同意書の余白に夫メールアドレスのご記入もお願いいたします。なお、メールはご夫婦どちらか一方に送信し、お二人に送信することはできませんのでご了承ください。また、メールはあくまでも補助的手段としてお考えいただき、ご自身での管理をお願いいたします。メールアドレスが変更となった場合は、ご自身で登録の変更をお願いいたします。

- 保存期間中、万一ご自身が亡くなられた場合、凍結精子は廃棄となります。

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ください。

**特例****継続更新 精子凍結同意書**

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。

## 同意事項

- 凍結保存の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は、貴院に対する免責に同意します。
- 更新を希望する場合には必ず保存期限内に来院し、同意書の更新をすることに同意します。
- 本同意書を郵送する場合は、郵送に関する一切の責任を貴院に問わないことに同意します。

## 廃棄に関する同意事項

- 保存期限内に更新手続きがない場合は廃棄することに同意します。
- 母体の年齢が満50歳に達した時点、また治療が困難と診断された場合は廃棄することに同意します。
- 保存期限の前にメールにて連絡を希望しますか？（YES・NO）
- ※原則、妻メールアドレスへの送信となります。夫メールアドレスへの送信を希望する場合は、凍結説明時に培養士へ必ずお申し出いただき、本同意書余白に夫メールアドレスのご記入もお願いいたします。
- メールは補助的手段ですので期限の管理は患者様ご自身でお願いいたします。
- メールアドレスに変更があった場合にはご自身で登録の変更をお願いいたします。
- 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。

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（自筆）\_\_\_\_\_

住所（〒 - ）\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

\*独身の方：緊急連絡先 氏名（自筆）\_\_\_\_\_【続柄】\_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

この同意書に記載されている患者様の個人情報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。