

医学的適応による未受精卵子・胚（受精卵）凍結保存の継続 同意書

私および親権者・パートナーは、病気の治療に際して、担当医師から詳しく説明を受け、治療によって卵巣機能の低下が起こる可能性から医学的適応による未受精卵子・胚の凍結保存の適応があることや、その過程に関わる下記の事項について十分な説明を受けました。

- 1) 私の罹患疾患の治療と卵巣機能の低下との関連について
- 2) 未受精卵子・胚凍結の意義・目的について
- 3) 未受精卵子・胚凍結の流れと具体的方法（卵巣刺激、採卵、凍結保存方法）、ならびに成績について
- 4) 凍結した未受精卵子・胚の保管方法と保管期間、ならびに廃棄について
- 5) 凍結保存した未受精卵子・胚を用いた生殖補助医療に関して予測される利益・不利益について
- 6) 免責事項：天災（地震、噴火、津波、雷等）、災害（火災等）、停電、内乱・戦争、部外者の犯罪行為（テロ等）などの不可抗力的な要因により、液体窒素の不足や卵子が紛失あるいは破損し使用不可能になる可能性
- 7) 費用について

私および親権者・パートナーは、上記の説明を十分理解し、麻酔や手術を含め、本法による治療に必要な全ての処置を実施することを依頼します。また、下記の場合には凍結保存された未受精卵子・胚が遅延なく廃棄され、いかなる場合にも返還の要求をしないことに同意します。

1. 予期せぬ事情による液体窒素の不足等、不可抗力的な要因により未受精卵子・胚の損壊・喪失が生じた場合
2. 凍結から1年毎に更新する「凍結保存継続の意思」が確認できなくなってから、2年が経過した場合
3. 本人の意思疎通が図れない場合、本人が死亡した場合（ただし、音信不通の場合は「2.」に従う）
4. 本人が50歳を超えた場合
5. 本人が廃棄の意思を表明した場合
6. 病院が廃棄の必要があると認めた場合で、本人や親権者・パートナーに連絡がつかないか、廃棄に関して異議を述べなかった場合

本人氏名 _____ (自署)

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

現住所 _____

電話番号 _____ (携帯電話等連絡のつきやすい番号)

【親権者・パートナー…未受精卵子継続手続きの場合は、親権者・パートナーは自署でなくても構いません】

氏名 _____ (自署)

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

現住所 _____

電話番号 _____ (携帯電話等連絡のつきやすい番号)

責任医師：川井清考