

# 胚凍結保存同意書

1. この治療の目的
2. 胚凍結保存の運用
3. 本法過程の概略
4. 本法実施が不可能な場合があること
5. 凍結胚の保存期限
6. 本法実施中に治療を中止する場合があること
7. 本法中止後の胚の取り扱いについて
8. 費用
9. 治療の同意を撤回する場合
10. 代替可能な治療と治療を行わなかった場合について
11. カウンセリングの提供
12. 実施責任者の死亡もしくは重大なる病気罹患、閉院や災害などが生じた際の胚及び配偶子の処遇について
13. 個人情報について

上記の事項について十分な説明を受け、また十分理解した上で胚凍結保存を受けることを申し込みます。

浜田病院 病院長 殿

同意書説明医師 氏名 \_\_\_\_\_ 印

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者（自署）氏名 \_\_\_\_\_ （代筆不可）

携帯（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

夫（自署）氏名 \_\_\_\_\_ （代筆不可）

携帯（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

※この同意書を採卵当日より前に提出していただかないと、胚凍結を実施いたしませんのでご了承ください。