

胚凍結保存の同意書

- 1、本法の適応
- 2、本法過程の概略
- 3、本法の実施が不可能な場合があること
- 4、本法の保存期間
- 5、本法の保存期間延長
- 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、カウンセリングの機会の提供
- 12、実施責任者の死亡もしくは重大なる病气罹患、閉院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

平成 年 月 日

患者（自署）氏名 _____ 印（代筆不可）

携帯（ ） —

E-mail _____

夫（自署）氏名 _____ 印（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。

(2017.07.10)