

# 精子凍結保存の同意書

私は、今後の不妊治療のために私の精子を貴院にて凍結保存することを希望します。

また医師やスタッフからの説明と文書によって、精子の凍結・融解について下記の事項を十分に理解し納得しました。

別紙の「精子凍結保存についての当院の規定」についても異議はありません。

この「精子凍結保存についての当院の規定」を十分理解し、守ることを約束します。

下記事項を振り返り、内容を理解しました。かつそれに関し十分な質問の機会を得ましたので、精子凍結保存に同意します。

(□にチェックをお願いします)

別紙の精子凍結についての説明書を読み、理解しました。

別紙の精子凍結保存についての当院の規定を読み、理解しました。

精子の凍結保存・融解法はどのようなものであるか理解しました。

凍結した精子が極めて少量である場合、融解後に精子が見つからず、  
不妊治療に使用できない可能性があることについて理解しました。

下記の注意事項について理解しました。

- ・この同意書は、今回の精子凍結保存用です。
- ・精子凍結保存の同意書の提出がないと、凍結保存はできません。
- ・この同意書を提出した後でも、凍結前に申し出れば、凍結保存の中止が可能です。
- ・今回説明した精子凍結法は標準的な治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。
- ・患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析、もしくは日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

同意の対象となる精子凍結

20 年 月 日 に実施予定の精子凍結

足立産婦人科クリニック 院長

説明日 20 年 月 日

説明者【 】

同意年月日：20 年 月 日

住所：〒

電話番号：

男性氏名（自署）：ID 氏名

(妻氏名：ID 氏名)

\* 提出していただいた後、患者様控えをお渡ししますので、大切に保管してください。