

# 凍結保存胚期限更新の同意書

私たち夫婦は、貴院にて凍結保存中である胚について、私たち夫婦の今後の不妊治療のために保存期限の更新を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、胚の凍結・融解、融解胚移植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「胚凍結保存についての当院の規定」についても意義はありません。

この「胚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、凍結保存胚の期限更新に同意します。

(□にチェックをお願いします)

別紙の胚凍結についての説明書を読み、理解しました。

別紙の胚凍結保存についての当院の規定を読み、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、今回の凍結保存胚の期限更新用です。
- ・凍結保存期限更新の同意書の提出がないと、保存期間の更新はできません。
- ・この同意書を提出した後でも、更新日以前に申し出れば、保存期間更新の中止が可能です。
- ・患者様の個人情報は、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。

凍結期限更新の対象となる採卵周期

20 年 月 日 に実施した採卵周期

現在の凍結保存期限

20 年 月 日 まで

更新後の保存期間

20 年 月 日 から 20 年 月 日 まで

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：

夫氏名（自署）：ID 氏名

妻氏名（自署）：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。