

凍結保存精子期限更新の同意書

私は貴院にて凍結保存中である精子について、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、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」についても意義はありません。

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、凍結保存精子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。

下記の注意事項について理解しました。

- ・この同意書は、今回の凍結保存精子の期限更新用です。
- ・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凍結精子

20 年 月 日 に実施した精子凍結

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：

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。