

# 凍結保存精子廃棄の同意書

私は貴院にて凍結保存中である精子について、廃棄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、精子の廃棄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、凍結精子の廃棄に同意します。

(□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、今回の凍結精子廃棄用です。
- ・この同意書を提出した後でも、保存期限前に申し出れば、凍結精子廃棄の中止が可能です。
- ・精子の凍結保存期限を過ぎてからの廃棄の中止は不可能です。  
これは更新または廃棄の連絡がないまま凍結保存期間を過ぎた場合も同様です。
- ・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。

廃棄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 (以降は廃棄扱いとなります)

・廃棄方法について (どちらかにチェックをお願いします)

凍結保存期間満了後、すみやかに廃棄

凍結保存期間満了後、当院で研究目的に使用した後に廃棄

\*どちらをお選びいただいても患者様に不利益は生じません。

チェックがない場合は当院のほうで廃棄方法を選択させていただきます。

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。