

精子の凍結保存期間延長同意書

A R T女性クリニック院長 小山伸夫 殿

私は、 年 月 日、精子を凍結（または凍結保存期間の延長）し、1年が経過しました。この度、精子の凍結保存期間の延長を依頼いたします。

1. 年 月 日に凍結保存した精子の凍結保存期間を1年間延長します。
2. 精子の凍結融解後の生存率等について、十分な説明を受け、納得いたしました。
3. 連絡先の変更があった場合は必ず連絡します。
4. 精子の凍結保存期間は、凍結日より1年間としますが、万が一、私が死亡した場合は廃棄することに同意します。
5. 貴院で、凍結保存していた精子が機器等のトラブル(液体窒素の不足等)により使用不可能になった場合、それまでに支払った凍結精子保管料相当を貴院にて弁済してください。(それ以上の責任は問いません。) また、地震、火災、戦争、暴動などの自然災害と不慮の事故により、凍結保存した精子を損傷、紛失した場合、貴院へ責任を問いません。(弁済を要求しません。)
6. 私達夫婦の個人情報は、個人情報保護法及び貴院の規約で取り扱われることに同意いたします。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告されることに同意いたします。
7. 本年度の凍結精子の更新は、(※ご希望の更新内容に☑をご記入ください。)

現在凍結保存しております全ての凍結精子の保存期間の延長を希望致します。

凍結ストロー () 本の保存期間の更新を希望致します。

また、同時に凍結ストロー () 本の廃棄を希望致します。

尚、妊娠ができにくい夫婦が妊娠できるようになるためには、今後も生殖医療の研究の継続が必要です。今回の廃棄精子が研究に使用されることに (同意いたします ・ 同意しません)。

(人工授精・胚移植目的には使用しません。)

本書の記入は全て本人によるものであり、内容は上記のとおり相違ありません。

※更新料の支払方法は (銀行振込 ・ 現金) を希望致します。

年 月 日

患者住所

本人 氏名

印

配偶者氏名

印