

凍結精子の凍結保存期間更新・廃棄同意書

A R T女性クリニック院長 小山伸夫 殿

私は 年 月 日に精子を凍結（または保存期間の延長更新）し、1年が経過しました。

この度精子の凍結保存期間の 更新・廃棄・一部更新 を依頼いたします。

更新

1. 凍結保存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. 私の個人情報、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。
7. 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。
8. 凍結保存精子の更新手続き期間を過ぎても更新・廃棄の手続きをしなかった場合は、凍結保存していた精子の所有権は貴院に移る事に同意いたします。
9. この同意書を提出後でも、いつでも自由に同意を取り消すことができます。

廃棄

1. 凍結保存精子の凍結保存期間の延長を希望せず、廃棄を希望いたします。
2. 今回の廃棄する精子が研究に使用されることに 同意します。 同意しません。
(必ずどちらかに○をしてください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。)
妊娠ができていく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。
(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、更新内容は上記のとおり相違ありません。

(記入日) 年 月 日

患者住所：

(本人) 氏名

印 (自署の場合は押印不要)

(配偶者) 氏名

印 (自署の場合は押印不要)

*本人が未成年の場合

(本人との続柄：) 親権者 氏名

印 (自署の場合は押印不要)