

凍結精子融解の同意書

※「精子凍結保存についての説明書」「体外受精・顕微授精パンフレット」と共に下記事項を1つずつ振り返り、質問や再確認したいことが無ければ、左端のチェック欄に□を入れ、下記に署名・捺印して下さい。

☐ 1) 融解後の精子を用いて、私達に予定されている治療はどのようなものか

☐ 2) 精子の融解後の生存率について

融解した精子の状態によっては治療に使用出来るものが見付からず、廃棄処分になる場合もあること

☐ 3) 凍結融解精子を使用した治療の妊娠率について

☐ 4) 今回予定している治療において、考えられる危険性と副作用について

☐ 5) 融解する場合の手続きについて

<注意事項>

☐ ①同意書の提出が無い場合は、精子の融解は出来ません。必ず治療開始日までに提出して下さい。

☐ ②融解精子を使った顕微授精・体外受精を行う場合、法律上の夫婦であることが前提です。ただし、夫婦関係に変更があった場合（離婚など）には速やかに当院に連絡して下さい。

☐ ③この同意書は、今回予定している不妊治療の精子融解用です。今後、再び凍結精子での治療を希望する場合は、その都度、同意書の提出が必要です。

☐ ④融解時に、不可抗力による災害（地震・火災など）や事故などが起こった場合、精子が損傷・滅失する可能性があります。

☐ ⑤この同意書の提出後でも、融解前であればいつでも自由に同意を取り消すことが出来ます。

☐ ⑥今回ご説明した凍結融解精子を用いた治療は、標準的な治療であり実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。

☐ ⑦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したり、日本産婦人科学会へ報告することがあります。

施設責任者： 梅ヶ丘産婦人科 院長・辰巳賢一

配布・説明日 _____ [_____]

施設側受取日 _____ [_____]

私達は、現在凍結保存中の精子を融解し、私達の不妊治療に使用することに同意します。尚、医師とスタッフからの説明と文書によって上記の項目について十分理解し、納得しました。治療に当たっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。

また、副作用の出現時や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所：〒 _____ ー _____

電話番号： _____

夫氏名（自書）： _____ 印 [診察券番号： _____]

妻氏名（自書）： _____ 印 [診察券番号： _____]

ご提出後、控えとして同意書コピーをお渡し致しますので大切に保管して下さい。 控えお渡し日 [_____]

印 [_____]

融解日 _____

本融解 残 本