

ソフィアレディスクリニック院長 殿

- 卵子凍結・融解のリスクおよび治療成績について理解・納得している。
- 凍結卵子を融解し受精を希望する場合、媒精方法は顕微授精となり、顕微授精～胚凍結保存までの費用は別途必要になることを理解・納得している。
- 卵子凍結に関する費用について理解・納得している。また、材料費の変動により改定される場合があり、その都度、貴院の定めた最新の費用が適用されることを理解・納得している。
- 凍結保存期間は保存期限日より1年間となり、更新を希望する場合は更新手続き期間（凍結期限日翌日～翌月末）に必ず来院し、手続きを行うことを理解・納得している。また、最長保存期間は48歳の誕生日前日までであることに理解・納得している。
- 卵子の更新手続き期間を超えて、更新の意志および費用の支払いが確認できない場合、保存された卵子は自動的に全て廃棄されることに理解・納得している。
- 災害(地震、火災、停電、台風、降雪など不可抗力、その他貴院の責めに帰すべからざる事由)や閉院、その他万一の不測の事態が起きた場合による卵子の損傷・紛失に関して貴院は一切損害賠償責任を負わないことを理解・納得している。
- 採取された卵子の所有権は卵子を採取した当人のみであり、婚姻関係であっても夫に所有権はないことを理解・納得している。
- 凍結卵子の移送は、安全管理上、原則として実施していないことを理解・納得している。
- 廃棄を希望した卵子は今後の医学発展のために医学研究および、培養技術修練などに使用される場合があることを理解・納得している。
- 個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法に則り、貴院の方針によって保護されることを理解・納得している。

私は自由な意思の下に、凍結卵子（未受精卵）の延長保存を希望し、医師やスタッフからの説明によって、下記の事項について充分理解・納得し同意します。

記載日： 年 月 日

診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

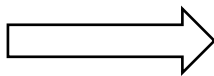
住所（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

スタッフ記入欄

≪ 凍結延長保存を希望する卵子（未受精卵） ≫

保存期限日 年 月 日 卵子 個 本



更新後の保存期限日 年 月 日

*当院では胚・卵子を用いた遺伝子操作などの研究は一切行いません。

*一度支払いいただいた更新料の返金も致しかねます。

凍結胚・卵子・精子廃棄処分の同意書

ソフィアレディスクリニック院長 殿

私（私たち夫婦）は貴院に凍結保存されている胚・卵子・精子の廃棄処分に同意します。廃棄による損害など一切求めないことを約束いたします。また、廃棄を希望した胚・卵子・精子は、今後の医学発展のために、医学研究および培養技術修練などに使用される場合があることを理解・納得しています。

記載日： 年 月 日

妻：診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

住所（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

夫：診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

住所（同上でも可）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

スタッフ記入欄

《廃棄処分を希望する胚・卵子》

保存期限日 年 月 日

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

胚（卵子）No. _____ グレード _____

《廃棄処分を希望する精子》

保存期限日 年 月 日

_____ 本

* 卵子および精子廃棄希望の場合は本人のみの署名をお願いいたします。

* 当院では胚・卵子・精子を用いた遺伝子操作などの研究は一切行いません。