

凍結胚の保存期間更新に関する同意書

公和会 中村記念愛成病院 院長殿

私たち夫婦は、凍結保存更新について口頭および文書により下記の点を含め詳細な説明を受け、十分に理解し、納得しました。協議の上、体外受精における胚（受精卵）の凍結保存期間の更新を希望します。

- 凍結保存日：西暦 年 月 日分の凍結胚 個
- 凍結保存日：西暦 年 月 日分の凍結胚 個
- 凍結保存日：西暦 年 月 日分の凍結胚 個 合計 個

1. 凍結保存期間更新費用について。
2. 以下の場合には凍結胚が自動的に廃棄対象となること。
 - ・ご夫婦により廃棄の申し出があった場合。
 - ・凍結保存の満了期限（1年ごとの更新）を過ぎたにも関わらず、更新料が未払いの場合。
 - ・凍結保存の満了期限（1年ごとの更新）を過ぎたにも関わらず、ご連絡がつかず更新の手続きが行われない場合。
 - ・日本産科婦人科学会会告に従い、胚（受精卵）の凍結保存期間は、夫婦として継続している期間のみとし、離別した場合、死別した場合、および女性の生殖年齢を超えた場合、胚（受精卵）の廃棄に同意すること。
3. 災害時における不測の事態においては、やむを得ず治療を中断する場合や、保存していた胚（受精卵）に与える影響を回避できない場合があること。
4. 何らかの理由で当院での治療継続ができなくなった場合、胚の凍結もしくは凍結胚の移動など特別措置をとる場合があること。
5. 次回の凍結保存期限 西暦 年 月 日
 - ・凍結保存期間の継続を希望される場合、1年ごとに更新手続きが必要となるため「凍結胚の保存期間更新に関する同意書」を提出していただく必要があること。
 - ・「凍結胚の保存期間更新に関する同意書」もしくは「凍結胚の廃棄に関する同意書」は当院ホームページ内より、患者様ご自身でダウンロードしていただき、期限内の手続きが必要であること。

※更新/廃棄手続きの期間：凍結保存期間満了日の2カ月前～満了日当日まで。
※廃棄を希望の場合も同意書の提出が必要です。

説明者 _____

※署名は必ずご本人の直筆でご記入願います。

記入日 西暦 年 月 日

妻	氏名	印	生年月日	
	住所			
夫	氏名	印	生年月日	
	住所			