

凍結胚の廃棄に関する同意書

別紙説明書とともに下記事項について確認し、患者記入欄に署名してください。(改変可能な筆記具は使用不可)

※控えは発行致しませんので、必要な場合はご自身でコピーをお取りください。

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄 殿

私たち夫婦は、凍結胚の廃棄を希望します。廃棄に関して、生殖補助医療に関する説明文書「IV. 胚凍結保存に関する説明書」と「凍結検体の保管手続きに関するご案内」によって下記事項について十分理解・納得し、自らの意思で夫婦合意の上、廃棄に同意します。

〈確認事項〉

- ✓ 凍結保存継続の手続きについて
- ✓ 凍結胚および未受精卵の廃棄について
- ✓ 万一天災、不可抗力などの予期せぬ事情（地震、火災、検体が回収できない等）により使用不可能になった場合には、可能な限り他の受け入れ可能な日本産科婦人科学会登録生殖補助医療実施施設へ移送すること。移送以前に、上記理由により、凍結胚に損傷や紛失が生じ、凍結保存継続および移送が困難となった場合、廃棄すること。

〈注意事項〉

- ✓ 本同意書を提出後の撤回は一切できません。慎重にご検討ください。

患者記入欄 「凍結胚の廃棄」に 同意します 同意しません（どちらかにチェックを入れてください）

妻 ID _____ 妻署名(直筆) _____ 同意年月日：20 ____ / ____ / ____

夫 ID _____ 夫署名(直筆) _____ 同意年月日：20 ____ / ____ / ____

住所 〒 _____

必ずご本人がそれぞれ直筆でご署名ください。代筆は一切不可です。識字可能な文字で記載してください。

- ・ 筆跡に疑いがある場合や読めない字で書かれている場合は、受理しないことがあります。本人以外の方が署名された同意書を提出された場合、有印私文書偽造となる可能性があり、また当院では本人以外の方が署名された同意書を提出され受理した事による一切の問題について責任を負わないものとします。
- ・ 夫婦関係に変更があった場合（離婚、夫婦関係の解消等、協議・調停中も含む）には、速やかに当院へ連絡してください。

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄

スタッフ使用欄			
受付	培養	院長	備考

廃棄理由にチェックをお願いします（チェックがない場合でも同意書としては受理可能です）。

- 今後、妊娠の希望がないため → 詳しい理由をお聞かせください
- 不妊治療を終結するため → 理由： 家族計画が実現したため 治療費・更新費などが高額であるため
- 年齢を考慮したため 治療による肉体的・精神的負担が大きいため
- 子育てと就労の両立が困難なため
- 余裕があればもう1人希望したいが（経済的・家庭環境的に）困難なため
- パートナーと離婚、または死別のため
- その他（ _____ ）