

凍結卵子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

私あるいは私たち夫婦は、凍結卵子の廃棄を希望します。廃棄に関して、文書「生殖補助医療に関する説明書」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、自らの意思で廃棄に同意します。

〈確認事項〉

✓ 保存期間および継続手続きについて

✓ 廃棄について

〈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

〈免責事項〉

✓ 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、当院は一切責任を負いかねること

患者記入欄 「凍結卵子の廃棄」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）

患者 ID 署名（直筆） 同意年月日：20 / /

家族署名（直筆） 同意年月日：20 / /

（患者が未婚で未成年の場合、家族（親権者）のご署名をお願いします。ID は不要です）

住所 〒

差し支えなければ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）

不妊治療を終結するため（終結の理由：)

今後、妊娠の希望がないため

治療費・更新費などが高額であるため

本人死亡のため

その他 ()

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