

## 凍結卵子の廃棄に関する同意書（提出用）

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄 殿

私は、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、「生殖補助医療に関する説明書」に記載の内容に基づき、十分理解・納得し、自らの意思で、廃棄に同意します。

別紙「生殖補助医療に関する説明書」の下記事項、「凍結検体の保管手続きに関するご案内」についてそれぞれ確認した上で、下記に署名してください。

〈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〉

- この同意書は、治療を受けられるご夫婦（独身の場合本人、未成年の場合は本人および親権者）が、それぞれ直筆で署名していただきます。代筆は一切不可です。  
 夫婦関係に変更があった場合（離婚、夫婦関係解消等、協議・調停中含む）、速やかに当院へ連絡してください。  
 本同意書を提出した後でも随時これを撤回することが可能です。同意を撤回したことにより不利益を受けることはありません。ただし、撤回時すでに凍結卵子が廃棄されている場合、当院は一切の責任を負いかねます。

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄

**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）

治療女性本人・妻 ID 治療女性本人・妻署名（直筆） 同意年月日：20 / /

家族・夫 ID 家族・夫署名（直筆） 同意年月日：20 / /

（治療女性本人が未婚で未成年の場合、家族は親権者をご署名ください）

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。また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、受理しないことがあります。ご本人以外の方が署名された場合、公印私文書偽造となり刑事罰を受けることがあります。

- ・同意日から1年を有効期限とします。  
・フリクション等、**改変可能なペンでの記載は受理いたしません。**（書き直していただきます）  
・同意書の返却はいたしませんので、ご了承ください。

スタッフ使用欄			
受付	培養	院長	備考

## 凍結卵子の廃棄に関する同意書（本人控え）

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄 殿

私は、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、「生殖補助医療に関する説明書」に記載の内容に基づき、十分理解・納得し、自らの意思で、廃棄に同意します。

別紙「生殖補助医療に関する説明書」の下記事項、「凍結検体の保管手続きに関するご案内」についてそれぞれ確認した上で、下記に署名してください。

## 〈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〉

- この同意書は、治療を受けられるご夫婦（独身の場合本人、未成年の場合は本人および親権者）が、それぞれ直筆で署名していただきます。代筆は一切不可です。  
 夫婦関係に変更があった場合（離婚、夫婦関係解消等、協議・調停中含む）、速やかに当院へ連絡してください。  
 本同意書を提出した後も随時これを撤回することが可能です。同意を撤回したことにより不利益を受けることはありません。ただし、撤回時すでに凍結卵子が廃棄されている場合、当院は一切の責任を負いかねます。

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄

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）

治療女性本人・妻 ID 治療女性本人・妻署名（直筆） 同意年月日：20 / /

家族・夫 ID 家族・夫署名（直筆） 同意年月日：20 / /

（治療女性本人が未婚で未成年の場合、家族は親権者をご署名ください）

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。また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、受理しないことがあります。ご本人以外の方が署名された場合、公印私文書偽造となり刑罰を受けることがあります。

- ・同意日から1年を有効期限とします。
- ・フリクション等、改変可能なペンでの記載は受理いたしません。（書き直していただきます）
- ・同意書の返却はいたしませんので、ご了承ください。
- ・ご本人様控えはお手元に保管してください。