

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（凍結未受精卵子）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「凍結精子・卵子・胚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〉

- ✓ 凍結保管期間および保管延長の手続きについて
- ✓ 凍結卵子の廃棄について

〈注意事項〉

- ✓ 本同意書を提出後の廃棄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

この枠内は全てご記入ください。また必ずご本人が直筆でご署名ください。

「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 〒

〈臨床研究について〉

廃棄を希望された未受精卵子を生殖医療の発展のための研究（培養環境・方法・手技の改善、新規の治療法の開発など）に利用させていただきたく存じます。個人情報保護のため、研究に利用する際は個人を特定できないように匿名化したデータとして使用します。研究に供する期間は受精後最長 14 日間（凍結期間を含めず）とし、研究終了後は速やかに廃棄されます。研究参加への参加や同意後の撤回は自由であり、それによって診療上の不利益が生じることは一切ありません。

今回廃棄を希望した胚の研究利用について ☐同意します ☐同意しません

臨床研究の目的や内容についてはホームページ上で情報を公開します。個別に同意を取得する必要がある研究内容の場合は、研究に関する説明書と同意書の送付をさせていただきます。

個別の書類などの送付について ☐了承します ☐了承しません

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・保管料などが高額であるため
- ☐本人死亡のため
- ☐その他（）

スタッフ使用欄			
受付	培養	院長	備考