

凍結精子の保管延長に関する同意書（提出用）

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄 殿

私たち夫婦は、凍結精子の保管延長を希望します。保管延長に関して、「精子凍結保存に関する説明書」に記載の内容に基づき、十分理解・納得し、自らの意思で夫婦合意の上、保管延長に同意します。

別紙「精子凍結保存に関する説明書」の下記事項と注意事項、「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〉

- 保存期間および継続手続きについて
- 廃棄について
- 離婚した場合、妻が死亡した場合、妻が行方不明になった場合は、精子の所有権は夫に帰属し、夫の意思確認によって、その後の精子の取り扱いを判断すること
- 更新後の胚の凍結保存期限は 1 年間となること。次回の更新期限前に胚移植等の治療を開始しても保管料の返金はしないこと

〈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
- ・ご夫婦において凍結保存精子の取り扱いに関して意見に相違があり、ご夫婦片方の申し出により融解・使用または廃棄した場合には、当院は一切責任を負いかねること

〈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。撤回する場合は来院して手続きを行ってください。

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄

患者記入欄 「凍結精子の保管延長」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）

夫・治療男性本人 ID 夫・治療男性本人署名(直筆) 同意年月日：20 / /

妻・家族 ID 妻・家族署名(直筆) 同意年月日：20 / /

住所 〒

自費で更新 保管料振込日：20 / / 保険で更新（妻が治療中の方）

・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			
医師	受付	培養	備考

凍結精子の保管延長に関する同意書（本人控え）

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄 殿

私たち夫婦は、凍結精子の保管延長を希望します。保管延長に関して、「精子凍結保存に関する説明書」に記載の内容に基づき、十分理解・納得し、自らの意思で夫婦合意の上、保管延長に同意します。

別紙「精子凍結保存に関する説明書」の下記事項と注意事項、「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〉

- 保存期間および継続手続きについて
- 廃棄について
- 離婚した場合、妻が死亡した場合、妻が行方不明になった場合は、精子の所有権は夫に帰属し、夫の意思確認によって、その後の精子の取り扱いを判断すること
- 更新後の胚の凍結保存期限は 1 年間となること。次回の更新期限前に胚移植等の治療を開始しても保管料の返金はしないこと

〈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
- ・ご夫婦において凍結保存精子の取り扱いに関して意見に相違があり、ご夫婦片方の申し出により融解・使用または廃棄した場合には、当院は一切責任を負いかねること

〈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。撤回する場合は来院して手続きを行ってください。

なごや ART クリニック 院長 服部幸雄

患者記入欄 「凍結精子の保管延長」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）

夫・治療男性本人 ID 夫・治療男性本人署名(直筆) 同意年月日：20 / /

妻・家族 ID 妻・家族署名(直筆) 同意年月日：20 / /

住所 〒

自費で更新 保管料振込日：20 / / 保険で更新（妻が治療中の方）

・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。
- ・ご本人様控えはお手元に保管してください。