

## 胚の凍結保存の延長 同意書

私たちは、胚の凍結の延長に関して、その必要性、方法、費用について医師から詳しく説明を受け、よく理解、納得できましたので自らの意思で合意の上、不妊治療として凍結保存の延長をお願い致します。出産した児は私たち夫婦の嫡子として認めます。

凍結胚保存の延長に関して、下記の条項に従うことを同意します。

- 凍結保存期間は6か月までとする。
- 6か月以上保存期間を延長する場合は再度更新手続きを要する。
- 次のいずれかに該当する場合はその凍結胚を治療に使用することはできません。
  - 夫婦が離婚した
  - 夫婦、または夫婦どちらかが死亡した
  - 夫婦の意志として廃棄の申し出があった
  - 保存期間が6か月を超え、更新手続きが行われなかった
  - 転居などにより連絡が取れない
  - 妻が46歳に達した
  - 疾患などにより子宮を失った、妊娠・出産時に母体に重大な影響が予想されるなど、移植ができないと判断した
- 当院がなんらかの理由で医療行為が行えなくなった場合、凍結胚の扱いは夫婦の希望にできる限り応じます。
- 不慮の事故（地震、火災、異常気象など）により、胚が使用不可能な状態になる場合があることをご了承ください。

いがらしクリニック 院長 五十嵐俊夫 殿

記入日 年 月 日

採卵年月日 年 月 日

住所：〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

携帯番号： \_\_\_\_\_

妻氏名： \_\_\_\_\_ 印 (診察券番号)

夫氏名： \_\_\_\_\_ 印 (診察券番号)

必ずご本人直筆で署名・捺印をし、提出して下さい。