

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カップル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1年までとする。
- 1年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。
 - ① 婚姻、または事実婚を解消した
 - ② カップル、またはカップルどちらかが死亡した
 - ③ カップルの意志として廃棄の申し出があった
 - ④ 保存期間が1年を超え、更新手続きが行われなかった
 - ⑤ 転居などにより連絡が取れない
 - ⑥ 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、凍結胚の扱いはカップル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下さい。
- 延長期間中に満45歳となり、なお凍結継続を希望される場合は、移植する意思を確認するため診察が必要です。

医療法人いがらしクリニック 院長 五十嵐俊夫 殿

年 月 日

住所：〒 _____

携帯番号： _____

妻氏名： _____ (診察券番号 _____)

夫氏名： _____

必ずご本人直筆で署名をし、提出して下さい。