

医学的介入等による卵子凍結に関する同意書

聖隷三方原病院長 殿

卵子の凍結融解法に関し詳細な説明を受け、その内容を十分に理解したうえで、卵子の凍結を希望します。また、以下の付帯事項につきましても十分理解し納得しましたので、従うことに同意いたします。

1. 採卵を行っても、卵子が採取できないことがあります。
2. 採卵後の骨盤内感染や卵巣出血により、開腹処置を要することがあります。
3. 採卵後は卵巣過剰刺激症候群(OHSS)になる可能性があります。
4. 凍結保存期間は女性の生殖年齢範囲内(45才以下)とし、1年ごとに更新が必要です。この期間を過ぎたり、女性の生殖年齢を超えた場合や妊娠などで未使用に終わった場合、卵子の処分権は当該施設に属するものとします。
5. 上記の範囲内で、保存期間の延長を希望する場合は、書類をもって更新手続きを新たにとるものとします。ただし、凍結保存の更新料(1年分)は20,000円および消費税です。
6. この期間内に死亡あるいは行方不明になった場合、または保存意志の確認が取れない場合、当該施設の責任において破棄できるものとします。
7. 天災、事故、体外受精プログラムの中止などにより、卵子の保存ができなくなることがあります。
8. 卵子の凍結保存は、保存期間内でも本人の希望により中止することができます。
9. 卵子の融解後は、受精のため顕微授精が必要になります。
10. 本同意書に定めのない事項については、誠意をもって協議し解決します。

平成 年 月 日

現住所 _____

本人の氏名 _____ 印

親権者の氏名 _____ 印
(未成年者の場合)

説明医師名 _____ 印