

精子凍結保存による妊孕性温存  
患者申請確認書

県立広島病院生殖医療科

医師名： \_\_\_\_\_ 先生御侍史

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

私は、(患者名、フルネームでお願いします) \_\_\_\_\_ 殿の  
主治医として下記①、②の判断を致します。また、精子凍結による妊孕性温存を希望される  
場合、下記③、④に同意します。

①	当該患者が精子凍結保存以外の医療行為では、悪性腫瘍および原疾患の治療後に妊娠成立の見込みが低いこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②	当該患者の全身状態や予後を総合的に判断し、患者が採精に耐えうること。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	採精、ならびに原疾患寛解後の凍結精子を用いた生殖治療にいたるまで長期に県立広島病院生殖医療科担当者と密に連絡がとれるようにすること。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	原疾患の主治医を交代する場合、責任を持って以後の主治医に上記③の履行を引き継ぐこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

科名： \_\_\_\_\_

申請医師名： \_\_\_\_\_ 印

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_