

## 精子の凍結保存の同意書

県立広島病院病院長 殿

この度、私は凍結した精子の凍結による妊孕性温存を希望し、担当医師から下記の諸点について十分な説明を受けました。

1. 原疾患の主治医から原疾患の予後および治療によって妊孕性がどの程度障害されるか十分な説明を受けたこと。(説明書 I:以下、同様)

2. 婚姻されている場合、ご夫婦の同意が必要なこと。凍結した精子は、将来、婚姻後でないと融解しないこと。本法が人工授精、体外受精・胚移植および顕微授精による治療のなかで、どのように使われるか。(II, III, VI)

3. すべての精子が凍結に適しているのではなく、凍結に適さない精子は廃棄されること。(II)

4. 本法の具体的方法はどのようなものであるか。(II)

5. 凍結前に形態良好であった精子が、凍結と融解の過程で変性、死滅することがあること。(II)

6. 本法の治療成績の現状はどうであるか。(IV)

7. 本法により妊娠した場合、出生する児に対する危険性はどのようなものであるか。(V)

8. 精子の凍結期間は1年間とすること。それ以上、凍結を継続することを希望する場合は、以下の手続きによること。(VI)

当院が凍結を継続できるか毎年文書で連絡し、凍結を継続する意思があるか毎年文書で回答する。

郵送先はカルテ記載の連絡先とし、変更があった場合は変更を文書で連絡する。変更を連絡する義務は本人および保護者にあること。

9. 以下の場合には凍結の継続を行わないこと。(VI)

天災や何らかの理由により当院で凍結の継続を行えなくなった場合。

精子凍結された方もしくはその保護者と連絡がとれなくなった場合。

本人に凍結を継続する意思がなくなった場合。

本人が死亡した場合。戸籍抄本を提出すること。

病院で規定する凍結費用の支払いがない場合。

本人の年齢が50歳を越えた場合。

10. 原疾患治療終了半年から1年後に精液検査を受けること。(VI)

11. 当院で凍結してある胚や卵子を当施設の凍結タンクから取り出して移送される場合は、ご夫婦の責任で行っていただくこと。(VI)

- 1 2. 凍結精子の売買は行わないこと。(VI)
- 1 3. 本法に従事する者は守秘義務に十分留意するものであること。(VIII)
- 1 4. 本法を実施した場合、治療経過に関する情報を、匿名性を保った上で解析あるいは報告することがあること。(VIII)
- 1 5. 本法の費用はどの程度であるか。(おわりに)

以上の諸点について十分理解し、納得しましたので、ここに治療の承諾書を提出し、貴院での私に対する精子の凍結保存による不妊治療に同意し、その実施を依頼します。

なお、治療開始後のどの段階にあっても、私の申し出があれば、ただちに治療は中止され、逆に担当医師が治療の継続が困難であると判断した場合には、ただちに治療を中止することがありうることを了承いたします。また、医学的常識に基づく診療が行われたにもかかわらず、不可抗力の事態が発生する可能性があることを了解いたしました。

平成 年 月 日

住 所

本人（自署）

保護者（未成年の時）もしくは妻（自署）

説明医師（自署）