

医学的介入等による卵巣凍結に関する同意書

聖隷三方原病院長 殿

卵巣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、卵巣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. 手術の合併症として腹腔内出血、感染などの合併症がまれに生じます。
2. 凍結保存期間は1年間とし、女性の生殖年齢範囲内(45才以下)に限り1年ごとに更新できます。
3. 保存期間の更新を希望する場合は、書類をもって更新手続きをとるものとします。なお、凍結保存の更新料(1年分)は50,000円(消費税別)です。ただし、経済情勢の変動により更新料が変更されることがあります。
4. 保存期間の更新がなされなかったとき、保存期間内に本人が凍結保存の中止を希望したとき或いは死亡したときは、凍結卵巣の処分権は貴院に属するものとし、貴院の責任において破棄できるものとします。
5. 天災による、体外受精プログラムの中止により、卵巣の保存ができなくなることがあります。
6. 当院で卵巣組織凍結の継続が不可能となったときは他施設へ移動していただくことがあります。
7. 卵巣の凍結保存は、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。
8. 卵巣の融解後は、全身麻酔下で腹腔内へ自家移植が必要になります。
9. 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