

記入例

同意書の種類をご確認ください
これは**精子の廃棄用**です

※**医学的適応**で精子凍結をされた方は「**精子(バンク)**」の同意書をダウンロードしてください

凍結精子**廃棄**の同意書

私は医療法人社団神谷レディースクリニックで保管中の凍結精子を廃棄することに同意し、これを一任致します。尚、精子の保存更新について下記の事項を十分に理解し、納得しました。この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。

<注意事項>

- ① 本同意書は、今回廃棄を行う精子の凍結精子**廃棄用**です。
 - ② 保存精子の処理に関し疑義が生じた場合は、裁判所等法的機関に判断を委ね、その結果に従うこと。
 - ③ 患者様の個人情報は、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告したりすることがあります。
 - ④ 本同意書提出後でも、精子の保存更新期限前であれば同意を取り消すことができます。
- 施設責任者 神谷レディースクリニック 院長 神谷 博文

枠内は全てご記入ください。必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

1 同意年月日: 2018年12月5日

2 廃棄を行う精子の凍結日: 2018年1月1日

住所: 札幌市中央区北3条西2丁目2-1 大通丸ビル2F

電話番号(自宅): **3** 011-231-2722 ・なし

携帯番号(夫): 090-0000-□□□□

診察券番号(夫): 999999 **4** 夫氏名(自署): 神谷 太郎

(診察券番号: _____ 妻氏名: _____)

<廃棄方法の選択事項>

(必ずどちらかに○してください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。○がない場合には廃棄方法の選択権は当院に属することとします。)

5 直ちに廃棄します 研究に使用後廃棄します

ご本人の自署を記入することが困難な場合は、下記から理由を選択してください。

死亡 行方不明 意思表示不可能

記入者: _____ (本人との続柄: _____) 電話番号: _____

※上記以外の理由の場合は、当院に連絡をしてください。

自署がない場合や記入漏れがある場合は、書類を受理できません。記入漏れにご注意ください。ご記入事項を訂正される場合は、必ず訂正印を押してください。

1 この書類を作成した日付をご記入ください

2 今回廃棄を行う精子を凍結した日付です(西暦で記入)
※凍結日が不明な場合はお問い合わせください
※保存期限日ではありません

3 記入事項を訂正された場合は**訂正印**が必要です

4 ご本人(夫)が**直筆**でご署名ください

5 廃棄方法を選択しどちらか一方に○を記入してください

ご本人の自署を記入することが困難な場合

- ・該当する箇所に**点**をつけてください
- ・記入者名と連絡先をご記入ください

不明な点は 011-231-2722 (1番: ご予約・総合案内) までお問い合わせください。

凍結精子廃棄の同意書

私は医療法人社団神谷レディースクリニックで保管中の凍結精子を廃棄することに同意し、これを一任致します。尚、精子の保存更新について下記の事項を十分に理解し、納得しました。この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。

<注意事項>

- ① 本同意書は、今回廃棄を行う精子の凍結精子廃棄用です。
- ② 保存精子の処理に関し疑義が生じた場合は、裁判所等法的機関に判断を委ね、その結果に従うこと。
- ③ 患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告したりすることがあります。
- ④ 本同意書提出後でも、精子の保存更新期限前であれば同意を取り消すことができます。

施設責任者 神谷レディースクリニック 院長 神谷 博文

枠内は全てご記入ください。必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。

同意年月日： 20 年 月 日

廃棄を行う精子の凍結日： 20 年 月 日

住所： _____

電話番号（自宅）： _____ ・なし

携帯番号（夫）： _____

診察券番号（夫）： _____ 夫氏名（自署）： _____

（診察券番号： _____ 妻氏名： _____）

<廃棄方法の選択事項>

（必ずどちらかに○してください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。○がない場合には廃棄方法の選択権は当院に属することとします。）

直ちに廃棄します

研究に使用後廃棄します

ご本人の自署を記入することが困難な場合は、下記から理由を選択してください。

死亡 行方不明 意思表示不可能

記入者： _____ （本人との続柄： _____） 電話番号： _____

※上記以外の理由の場合は、当院に連絡をしてください。

自署がない場合や記入漏れがある場合は、書類を受理できません。記入漏れにご注意ください。ご記入事項を訂正される場合は、必ず訂正印を押してください。