

凍結卵子保存更新の同意書

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卵子の保存期間を1年更新することを依頼いたします。

尚、卵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。

- ※ 保存期限までに、更新費用を支払わない場合や同意書類の提出がない場合は保存の依頼は終了となります。
この場合、保存卵子の処分権は当院に帰属し、当院の責任において廃棄します。
- ※ 卵子の凍結保存期間中に、当院で定める保存費用の増減や保存期間の変更があった場合には、保存期間の更新手続き時から、改訂された最新の保存費用や保存期間が適用されます。
- ※ 凍結卵子を用いた治療を希望する時は、当院所定の書類に署名し、当院へ提出しなければなりません。
- ※ 融解した卵子の状態によって、治療に使用できず卵子は廃棄処分となる場合があります。
- ※ 凍結保存期間中に住所、電話番号の変更を生じた場合は、速やかに当院に連絡をしてください。
- ※ 卵子を採取した女性の生殖年齢を超えた場合は更新することはできません。
- ※ 凍結保存期間中に本人に次の事情が生じた場合は、保存の依頼は終了するものとし、保存卵子は当院の責任において廃棄します。次の事情が生じた場合は、速やかに当院に連絡をしてください。
 - ・本人が死亡した場合
 - ・本人が行方不明または意思表示ができない心身の状況になった場合
- ※ 保存期間の途中において廃棄しても、残余期間分の費用は返還しません。

<注意事項>

- ① 本同意書は、今回の保存期限の採卵日の凍結卵子保存更新用です。
- ② 保存卵子の所有権は本人に帰属します。
- ③ 本同意書の提出がない場合は、保存更新をすることはできません。
- ④ 凍結保存期間内に天災等不慮の事態が発生し、保存卵子が破損もしくは喪失した場合、当院は一切責任を負いません。
- ⑤ 保存卵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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 当院で行う治療・サービスの品質管理の一環として、ISOやJISARTの認証を受けています。その監査のために外部の審査員がこの同意書内容を確認する場合がありますが、個人情報保護法に基づいて取り扱いを行いますのでご了承ください。
- ⑧ 本同意書提出後でも、卵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。

ご本人の自署を記入することが困難な場合は、速やかに当院に連絡してください。

今回の保存期限の採卵日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

電話番号（自宅）： _____ ・なし

携帯番号： _____

診察券番号： _____ 氏名（自署）： _____

（診察券番号： _____ 配偶者氏名： _____）

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。