

## 凍結卵子廃棄の同意書

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卵子を廃棄することに同意し、これを一任致します。  
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。

### <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廃棄用です。
- ② 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。
- 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 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。
- ⑤ 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。

|                                                                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 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： _____）                                                                                    |                    |
| <p>&lt;廃棄方法の選択事項&gt;</p> <p>（必ずどちらかに○をしてください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。<br/>○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。）</p> |                    |
| <u>直ちに廃棄します</u>                                                                                                | <u>研究に使用後廃棄します</u> |

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。

|                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 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。