

## 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、今回の保存期限の凍結日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。

今回の保存期限の凍結日：	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（夫）：			
診察券番号（夫）：	夫氏名（自署）：		
（診察券番号：	妻氏名：		）

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。