

長谷川レディースクリニック淵野辺ソフィア院長 殿

- ☐ 精子凍結・融解のリスクおよび治療成績について理解・納得している。
- ☐ 凍結精子を融解し治療を希望する場合、その方法は人工授精もしくは顕微授精となることを理解・納得している。また、人工授精、採卵、顕微授精、胚移植および胚凍結保存に関する費用は別途必要となることを理解・納得している。
- ☐ 精子凍結に関する費用について理解・納得している。また、材料費の変動により改定される場合があり、その都度、貴院の定めた最新の費用が適用されることを理解・納得している。
- ☐ 凍結保存期間は凍結日より6か月間となり、更新を希望する場合は更新手続き期間（凍結期限日翌日～翌月末）に必ず来院し手続きを行うことを理解・納得している。また、最長保存期間は凍結日より1年半（更新は2回まで）であることに理解・納得している。
- ☐ 凍結精子の更新手続き期間を超えて、更新の意志および費用の支払いが確認できない場合、保存された精子は自動的に全て廃棄されることに理解・納得している。
- ☐ 採取された精子の所有権は採取した当人のみであり、婚姻関係であっても妻に所有権はないことを理解・納得している。
- ☐ 災害(地震、火災、停電、台風、降雪など不可抗力、その他貴院の責めに帰すべからざる事由)や閉院、その他万一の不測の事態が起きた場合には精子の損傷・紛失に関して貴院は一切損害賠償責任を負わないことを理解・納得している。
- ☐ 凍結精子の移送は、安全管理上、原則として実施していないことを理解・納得している。
- ☐ 廃棄を希望した精子は、今後の医学発展のために、医学研究および培養技術修練などに使用される場合があることを理解・納得している。
- ☐ 個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法に則り、貴院の方針によって保護されることを理解・納得している。

私は自由な意思の下に、凍結精子の更新を希望し、医師やスタッフからの説明によって、上記の事項について同意します。

記載日： 年 月 日

診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

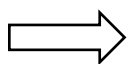
住所（必ず連絡が取れる連絡先）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

スタッフ記入欄

≪ 凍結延長保存を希望する精子 ≫

保存期限日 年 月 日 本



更新後の保存期限日 年 月 日（最長 年 月 日）

* 当院では精子を用いた遺伝子操作などの研究は一切行いません。

* 一度支払いいただいた更新料の返金も致しかねます。