

長谷川レディースクリニック淵野辺ソフィア院長 殿

- ☐ 卵子凍結・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。
- ☐ 凍結卵子を融解し受精を希望する場合、媒精方法は顕微授精となり、顕微授精～胚凍結保存までの費用は別途必要になることを理解・納得している。
- ☐ 卵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。
- ☐ 凍結保存期間は保存期限日より1年間となり、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48歳の誕生日前日までであることに理解・納得している。
- ☐ 卵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、保存された卵子は自動的に全て廃棄されることに理解・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よる卵子の損傷・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。
- ☐ 採取された卵子の所有権は卵子を採取した当人のみであり、婚姻関係であっても夫に所有権はないことを理解・納得している。
- ☐ 凍結卵子の移送は、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。
- ☐ 廃棄を希望した卵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、凍結卵子（未受精卵）の延長保存を希望し、医師やスタッフからの説明によって、下記の事項について充分理解・納得し同意します。

記載日： 年 月 日

診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

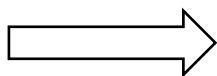
住所（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

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卵子（未受精卵） ≫

保存期限日 年 月 日 卵子 個 本



更新後の保存期限日 年 月 日

*当院では胚・卵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。