

ソフィアレディスクリニック院長 殿

- 凍結胚の更新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、最長保存期間は妻年齢50歳の誕生日前日までであることに理解・納得している。
- 凍結胚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、保存された胚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胚の損傷・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。
- 離婚または死別した場合はすみやかに貴院に連絡し、廃棄処分の手続きを行うことを理解・納得している。
- 凍結胚の移送は、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。
- 廃棄を希望した胚は、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。

私たち夫婦は自由な意思の下に、凍結胚の更新を希望し、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

私たち夫婦は、更新手続きを『 保険 ・ 自費 』で行います。(どちらかに丸をしてください)

妻：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)： \_\_\_\_\_

夫：診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名(自署)： \_\_\_\_\_

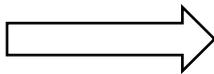
住所(同上でも可)： \_\_\_\_\_

電話(必ず連絡がとれる連絡先)： \_\_\_\_\_

スタッフ記入欄

《 更新を希望する胚 》

保存期限日 年 月 日 胚 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。

## 凍結胚・卵子・精子廃棄処分の同意書

ソフィアレディスクリニック院長 殿

私（私たち夫婦）は貴院に凍結保存されている胚・卵子・精子の廃棄処分に同意します。廃棄による損害など一切求めないことを約束いたします。また、廃棄を希望した胚・卵子・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・納得しています。

記載日： 年 月 日

妻：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）： \_\_\_\_\_

夫：診察券番号 \_\_\_\_\_ 氏名（自署）： \_\_\_\_\_

住所（同上でも可）： \_\_\_\_\_

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： \_\_\_\_\_

### スタッフ記入欄

《廃棄処分を希望する胚・卵子》

保存期限日 年 月 日

胚（卵子）No. \_\_\_\_\_ グレード \_\_\_\_\_

《廃棄処分を希望する精子》

保存期限日 年 月 日

\_\_\_\_\_ 本

\* 卵子および精子廃棄希望の場合は本人のみの署名をお願いいたします。

\* 当院では胚・卵子・精子を用いた遺伝子操作などの研究は一切行いません。

