



## 卵子の凍結保存期間延長についての同意書

院長殿

この度私は、以下の点、

1. 卵子の凍結保存法の生存率に関すること。
2. 凍結過程で、卵子へのダメージ・紛失の可能性があること。
3. 凍結後に変性した卵子の取り扱いは貴院に一任すること。
4. 卵子凍結の延長の料金に関すること。
5. 期間延長申し出のない場合は処分を貴院に一任すること。
6. 凍結卵子の融解は別料金であること。
7. 連絡先の変更があった場合は必ず連絡すること。
8. 卵子の凍結保存での情報を、日本産科婦人科学会に匿名性を保った上で解析あるいは報告すること。

について十分理解し、納得しました。その上で卵子の凍結保存延長を行なうことに同意いたします。

なお、私のほか、親族一同、貴院の治療方針を信頼し同意いたします。

上記の通り誓約し本書面を提出いたします。

西暦 年 月 日

住所

氏名 印

オーク住吉産婦人科  
オークなんばレディースクリニック  
オーク梅田レディースクリニック

TEL 06-4398-1000  
TEL 06-4396-7520  
TEL 06-6348-1511

説明者 ( )