

The original of this document is in Japanese, and it is the Japanese document that is effective. Please fill in all necessary information on the original.
As for the translation itself, it is for consideration, to assist you in your understanding. We cannot assume any responsibility for problems arising with reference to this translation.

Oocyte Cryopreservation Extension Consent Form

Clinic Director:

In regards to the following:

1. Survival rate in using cryopreservation.
2. Possibility of damage and/or loss to oocytes with cryopreservation process.
3. Handling of altered oocytes after cryopreservation is at the clinic's discretion.
4. Regarding costs of oocyte cryopreservation extension.
5. Disposal is at the clinic's discretion when there is no application for time extension.
6. Thawing of frozen oocytes is at a separate cost.
7. When a change in contact information is made, the clinic will be informed.
8. Information about oocyte cryopreservation will be analyzed or reported anonymously to the Japanese Society of Obstetrics and Gynecology.

I have completely understood. I thereby give my consent to oocyte cryopreservation extension.

Additionally, myself and my family trust in the clinic's treatment policy and give our consent.

I swear to the above mentioned and submit this consent form.

Date: ____ / ____ / ____

Address: _____

Name: _____ Initials (_____)

Oak Clinic, Sumiyoshi TEL 0120-009-345

Oak Clinic, Umeda

Oak Clinic, Ginza

Presenter (_____)



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
オーク梅田レディースクリニック
オーク銀座レディースクリニック

TEL 0120-009-345

説明者 ()