



胚の凍結保存期間延長についての同意書

院長殿

この度私たち夫婦は、以下の点、

1. 余剰胚の凍結保存法の生存率に関すること。
2. 凍結過程で、胚細胞へのダメージ・紛失の可能性があること。
3. 「日本産科婦人科学会会告」に従い夫婦が離婚した場合には凍結胚を破棄すること。
4. 凍結後に変性した胚の取り扱いは貴院に一任すること。
5. 胚凍結の延長の料金に関すること。
6. 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。
7. 凍結胚の融解・移植は別料金であること。
8. 連絡先の変更があった場合は必ず連絡すること。

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

なお、私たち夫婦のほか、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(妻) 印

氏名(夫) 印

オーク住吉産婦人科 TEL 06-4398-1000
 オークなんばレディースクリニック TEL 06-4396-7520
 オーク梅田レディースクリニック TEL 06-6348-1511
 オーク銀座レディースクリニック TEL 03-3567-0099

説明者 ()

Here is an English translation for your consideration. The Japanese form must be filled out and signed. Thank you.

Embryo Cryopreservation Extension Consent Form

Clinic Director:

In regards to the following:

1. Survival rate of cryopreservation of excess embryos.
2. Possibility of damage and/or loss to embryo cells with the cryopreservation process.
3. Embryos will be destroyed in case of divorce under the guidelines of the Japanese Society of Obstetrics and Gynecology.
4. Handling of altered embryos after cryopreservation is at the clinic's discretion.
5. Regarding costs of embryo cryopreservation extension.
6. Disposal is at the clinic's discretion when there is no time extension application.
7. Thawing and transferring of frozen embryos is at a separate cost.
8. If there is a change in contact information, the clinic will be informed.

We have completely understood. We thereby give our consent for cryopreservation extension.

Additionally, we and our families trust the clinic's treatment policy and give our consent.

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

Date: year / month / day

Address: Please fill in the form on the left hand side

Wife's Name: Initials ()

Husband's Name: Initials ()

Oak Clinic, Sumiyoshi TEL 06-4398-1000

Oak Clinic, Namba TEL 06-4396-7520

Oak Clinic, Umeda TEL 06-6348-1511

Oak Clinic, Ginza TEL 03-3567-0099

Presenter ()