



## 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 ( \_\_\_\_\_ )