

精子の凍結保存・廃棄に関する同意書



精子の凍結保存・廃棄について説明を十分理解したうえで、凍結保存を受けることに同意します。

- 1. 精子の凍結の方法について理解しました。
- 2. 凍結することによって状態が悪化する可能性があること。
- 3. 精子の保存期間は1年以内とすること。1年以上の保存を希望する場合には1年以内に申し出ます。申し出がない場合は精子を廃棄することに同意します。
- 4. 妻が女性の生殖年齢を超えた場合、夫婦の一方が死亡した場合や行方不明の場合、離婚した場合など提供意思に変更が生じた場合は速やかに連絡するとともに、精子を廃棄することに同意します。
- 5. 連絡先の変更があった場合には連絡いたします。
- 6. その他、カウンセリングの機会、担当医師の病気、死亡時の対応、災害時の対応について理解しました。

渡辺産婦人科 院長殿

年 月 日

住所 _____

氏名（自署） _____ 印 _____

配偶者氏名（自署） _____ 印 _____

説明医師 渡 辺 裕 之 印 _____



精子の解凍およびその使用に関する同意書

凍結保存してあった精子の解凍について説明を十分理解したうえで、治療に使用することに同意します。

渡辺産婦人科 院長殿

年 月 日

住所 _____

氏名(自署) _____ 印

配偶者氏名(自署) _____ 印

説明医師 渡 辺 裕 之 印

凍結精子を使用した人工授精に関する同意書



人工授精の方法や副作用についての説明を十分理解したうえで、人工授精を受けることに同意します。

- 1. 具体的な方法について。
- 2. 人工授精に要する費用について。
- 3. 人工授精の副作用、治療成績について。
- 4. 人工授精施行に際して、治療経過に関する情報を匿名性を保った上で解析あるいは報告することがあること。
- 5. 人工授精に関して意思の変更が生じた場合速やかに連絡いたします。

この治療は夫婦であることが前提です。

この同意書の提出がない場合は、人工授精を行うことはできませんので、実施前までに必ず提出してください。

この同意書を提出後でも、治療開始前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。また、担当医師が継続困難と判断すれば、ただちに治療が中止されることも了承いたします。

渡辺産婦人科 院長殿

年 月 日

住所 _____

氏名（自署） _____ 印

配偶者氏名（自署） _____ 印

説明医師 _____ 渡 辺 裕 之 印