

配偶子（未受精卵子・精子）・胚（受精卵）凍結保存に関する同意書

表参道 ART クリニック

院長 二村 典孝 殿

私たち夫婦は配偶子・胚の凍結保存更新に関する資料を示され、その必要性及び下記の内容の説明を受け、十分理解しました。

凍結保存更新または廃棄を希望する凍結物は以下の通りです。

凍結保存期間満了日

_____年 _____月 _____日 _____個・本【凍結胚 / 凍結卵子 / 凍結精子】

- 1年毎の更新が必要であること
- 凍結期間は原則5年間であること（精子は原則1年間）

下記の□に✓印を記入してください。

凍結更新

配偶子・胚の凍結保存更新を行うことに同意いたします。また、凍結更新は1年毎であることを了承しています。なお、私たちより次回凍結保存更新の連絡がない場合には、表参道 ART クリニックにて破棄することに同意いたします。

破棄

配偶子・胚の凍結保存更新を希望しません。よって、表参道 ART クリニックにて破棄処理することに同意いたします。

（差し支えなければ理由をお書きください： _____）

同意年月日（西暦） _____年 _____月 _____日

連絡先住所 〒 _____

患者氏名（自筆） _____ (印) 診察券番号 _____

電話番号（携帯番号） _____

配偶者氏名（自筆） _____ (印)

電話番号（携帯番号） _____

院内使用欄

院長	培養	医事