

凍結胚の融解・胚移植の同意書

様 (ID)

- 私達夫婦は、現在凍結保存中の胚を融解し、胚移植する方法（以下「本治療」といいます。）に関する以下の説明事項及び確認事項について、貴院の医師やスタッフから説明を受け、当該説明を十分に理解し、納得した上で治療を受けることに同意します。
- 本治療を受けるにあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の指示・方針に従うことに同意します。
- 本治療を受けたことで、副作用が出現し、または不測の事態が生じた場合には、適宜必要な処置を受けることに同意します。

1. 説明事項

- 本治療の具体的方法はどのようなものか
- 本治療による胚移植の妊娠率について
- 凍結胚の融解後の生存率について
融解した胚の状態によっては胚移植に使用できず、胚は廃棄処分となること
- 本治療によって考えられる危険性と副作用について
- 本治療にかかる費用について

2. 確認事項

- 本治療は法律上婚姻した夫婦あるいは事実婚でなければ受けることができません。
また、融解した胚は採卵を受けた女性に移植されます。
- この同意書を採卵手術日までに提出していただけない場合や同意書に不備がある場合は、本治療を受けることはできません。
- ご本人の都合により胚を融解後に胚移植を中止される場合、胚は融解しているためその費用が必要となります。また希望に応じて再凍結することは出来ませんが、凍結費用が必要となることと2回目の凍結は、胚への損傷が懸念されます。
- 災害等（地震などの自然災害、その他不可抗力による場合を指します。）による、胚の滅失・毀損に関しては、当院は責任を負いません。
- この同意書の提出後でも、融解前であればいつでも自由に同意を取り消して治療を中止することができます。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ます。
- 患者様の個人情報、個人情報に関する関係法令、当院の個人情報保護方針に従って取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析し、統計目的で日本産科婦人科学会へ報告することがあります。
- 離婚または離別、夫婦のいずれかが死亡した場合には、その受精卵（胚）を用いての凍結融解胚移植を行なうことはできません。

施設責任者 知多半島りんくう病院 病院長 殿

| | | | |
|---------|-------|---------|-------|
| 同意年月日 | 年 月 日 | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | (携帯) | (自宅) | |
| 妻診察券番号 | | | |
| 妻氏名(自署) | Ⓜ | 夫氏名(自署) | Ⓜ |
| 妻生年月日 | 年 月 日 | 夫生年月日 | 年 月 日 |

※署名は必ずご本人の自筆であることが必要です。

知多半島りんくう病院 2024.5 改訂