

# 凍結胚の保存期間更新に関する同意書

公和会 中村記念愛成病院 院長殿

説明者 \_\_\_\_\_

私たち夫婦は、凍結保存更新について口頭および文書により下記の点を含め詳細な説明を受け、十分に理解し、納得しました。協議の上、体外受精における胚（受精卵）の凍結保存期間の更新を希望します。

1. 凍結保存開始日（複数日において凍結した場合、初日に凍結した日付のこと）

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

<今回の凍結保存の更新について>

- 凍結胚残り 合計 \_\_\_\_\_ 個
- 次回凍結満了日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

2. 凍結胚の保存期間を更新する場合、1年ごとの更新手続きが必要であること

（更新手続きは保存期限から1か月以内とする）

3. 以下の場合には凍結胚が廃棄対象となること

- ご夫婦により廃棄の申し出があった場合
- 凍結保存の満了期限から1か月を過ぎたにも関わらず、ご連絡がなく更新手続き（同意書提出/更新費支払い）が行われない場合
- 日本産科婦人科学会会告に従い、胚（受精卵）の凍結保存期間は、夫婦（事実婚）として継続している期間のみとする（離別/死別した場合、行方不明または意思表示ができない心身の状況の場合）
- 女性の生殖年齢を超えた場合

4. 災害時における不測の事態においては、やむを得ず治療を中断する場合や、保存していた胚（受精卵）に与える影響を回避できない場合があること

5. 何らかの理由で当院での治療継続ができなくなった場合、凍結胚の移送など特別措置をとる場合があること

※署名は必ずご本人の直筆でご記入願います。

記入日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妻	氏名		生年月日	
	住所			
夫	氏名		生年月日	
	住所			