

愛育レディースクリニック院長殿

同意日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 凍結精子融解同意書

私たちは、凍結精子を用いた不妊治療について内容及びこれに伴って発生の可能性がある以下の諸事項につき、説明を受けてそれを了承しました。

- ・精子凍結・融解の方法
- ・精子凍結のリスク
- ・凍結精子の保存管理・保存期間

私たちは、現在凍結保存中の精子を融解し、不妊治療に使用することに同意します。

〈凍結精子の使用目的〉 使用項目に☑を入れてください。

人工授精

採卵

〒

住所 \_\_\_\_\_

<診察券番号(夫): \_\_\_\_\_ >

夫氏名(自署) \_\_\_\_\_

妻氏名(自署) \_\_\_\_\_

### 〈注意事項〉

- ①人工授精に使用する場合は、原則凍結 1 回分の精子を全て使用します。採卵に使用する場合は、受精方法は基本的には顕微授精となり、その際の凍結精子使用量は所見により異なりますが、原則チューブ 1 本分を使用します。
- ②この同意書は、今回予定している不妊治療の精子融解用です。今後も精子の融解を希望する場合は、その都度、「凍結精子融解同意書」の提出が必要となります。
- ③この同意書の提出がない場合は、凍結精子を融解し、使用することはできません。

説明者 \_\_\_\_\_ 年 月 日

医療法人愛育会 愛育レディースクリニック  
〒242-0006 神奈川県大和市南林間 2-13-3  
TEL 046-277-3316