

愛育レディースクリニック院長殿

同意日 _____ 年 月 日

(仮)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の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この同意書は、今回予定している不妊治療の凍結精子融解用です。今後も凍結精子の融解を希望される場合は、その都度、「凍結精子融解同意書」の提出が必要となります。

②この同意書は(仮)同意書です。融解日より10日以内に正式な同意書のご提出をお願いします。

(仮)同意書の提出がありましても、融解日より10日以内に正式な同意書の提出を了承いただけない場合は、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