

## 凍結精子保存期間更新同意書

東京衛生アドベンチスト病院附属めぐみクリニック 院長 吉井 紀子 殿

## 〔確認事項〕

- 今回の手続きにより凍結精子の保存期間が1年延長されます。
- 保存期間中に住所、電話番号の連絡先に変更が生じた場合は、速やかに当院へお知らせください。
- 次の保存期間満了日までに、更新または廃棄いずれかの手続きが必要となります。
  - 更新希望の場合：「凍結精子保存期間更新同意書」の提出及び更新費用のお支払いをもって手続き完了となります
  - 廃棄希望の場合：原則来院していただき、医師と対面にて廃棄の意思確認をしたうえで、「凍結精子廃棄同意書」の提出をもって手続き完了となります
- 保存期間満了日より3ヶ月を経過しても患者様側からのご連絡がなく、当院からも連絡が取れなかった場合は、意思確認不可と判断します。それ以降は凍結精子を治療に用いることはできず、当院の判断で廃棄することもあります。
- 保存期間中に婚姻関係を解消（離婚）した場合は、その時点で残っている凍結精子は全て廃棄となります。また保存期間中であっても、本人（夫）から廃棄の意思が表明される場合／夫が死亡または行方不明になった場合は、日本産科婦人科学会会告に従い、保存している全ての凍結精子は廃棄となります。
- 天災や火災、不慮の事故、その他不測の事態により、凍結精子の損傷・紛失が生じた場合は免責とさせていただきます。
- 更新費用は予告なく変更することがあります。当院ホームページにて最新の料金表をご確認ください。

私たち夫婦は、貴院にて現在保存中の凍結精子の保存期間が満了するため、自身で保管している「精子凍結に関する説明書」および上記の内容を十分理解したうえで、凍結精子の保存期間を更新することに同意します。

同意年月日 西暦 年 月 日

住所：〒 \_\_\_\_\_

妻 氏名（自署） \_\_\_\_\_ （ 診察券番号 \_\_\_\_\_ ）

夫 氏名（自署） \_\_\_\_\_ （ 診察券番号 \_\_\_\_\_ ）

ご夫婦の連絡先をご記入ください

妻	電 話： _____	メール： _____
夫	電 話： _____	メール： _____

今回対象となる凍結精子は、以下の通りです〔クリニック記入欄〕

凍結年月日	年	月	日（凍結番号	）	_____本	
凍結年月日	年	月	日（凍結番号	）	_____本	
凍結年月日	年	月	日（凍結番号	）	_____本	合計 _____本

新たな保存期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 まで