

凍結精子の融解同意書

※記入後、ご提出前にコピーを取り、控えとしてご自身で保管して下さい。
本書は受付にご提出下さい。

受領日	受領者	培養への連絡	控え
/		要(看護へ) 不要	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 郵送

私達は、現在凍結保存中の精子を融解し、私達の不妊治療に使用することに同意します。尚、医師やスタッフからの説明とHPの書類ダウンロードのページに掲載されている「精子凍結保存及び凍結保存継続に関する説明書」・「人工授精に関する説明書」・「精子提供による生殖補助医療のガイドライン」、その他配布資料によって以下の事項について十分理解し、納得しました。治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。また、副作用の出現時や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

<使用目的と使用凍結精子について> 希望項目に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 新鮮精子の所見不良時は凍結精子 1 本を同時に使用希望	受付 使用欄	培養 使用欄	① <input type="checkbox"/> 融解希望精子 年 月 日凍結分 ② <input type="checkbox"/> 使用精子は培養士判断に任せる
	<input type="checkbox"/> 新鮮精子と凍結精子 1 本を同時に使用希望	看護 使用欄	培養 使用欄	① <input type="checkbox"/> 融解希望精子 年 月 日凍結分 ② <input type="checkbox"/> 使用精子は培養士判断に任せる
	<input type="checkbox"/> 凍結精子を 1 本使用希望	使用 看護欄	培養 使用欄	① <input type="checkbox"/> 融解希望精子 年 月 日凍結分 ② <input type="checkbox"/> 使用精子は培養士判断に任せる
	<input type="checkbox"/> 凍結精子を複数本使用希望	看護 使用欄	培養 使用欄	① <input type="checkbox"/> 融解希望精子 年 月 日凍結分 融解希望精子 年 月 日凍結分 ② <input type="checkbox"/> () 本の凍結精子を培養士判断で使用。

<input type="checkbox"/> 精子提供による生殖補助医療(AID、IVF-D)	夫 血液型 型	受付 使用欄	培養 使用欄
---	---------	-----------	-----------

実施日	年	月	日
-----	---	---	---

下記事項を 1 つずつ確認し、質問や再確認事項がなければ左端の患者欄に☑を入れ、下記に署名して下さい。

(↓患者欄)

- 1 【精子凍結保存及び凍結保存継続に関する説明書 12】 12-①融解方法について、12-②融解後の精子を用いた治療について、12-③精子の融解後の生存率について、凍結精子を用いた治療を希望される場合、融解後の所見が各治療の実施可能な基準値を下回り、実施不可となる可能性があること、人工授精、C-IVFの場合は、精子調整後の運動精子濃度が8000万/ml以下では、顕微授精の場合は精子調整後の運動精子濃度が10万/ml以下では、融解後に各治療の実施基準値を下回り実施不可、選択不可となる確率が高くなること(AID除く)、あくまでも目安の値ですので上記の値を超えた所見でも融解後の精子の状態によっては各治療が実施不可になる可能性がある事、12-④凍結融解精子の使用割合について、12-⑤凍結融解精子での妊娠について、12-⑥同意書の提出について、理解し納得している。
- 2 今回予定している治療の考えられる危険性と副作用に関して、体外受精関連については医師やスタッフからの説明にて、人工授精については医師やスタッフからの説明と【人工授精に関する説明書】、精子提供による生殖補助医療については医師やスタッフからの説明と【精子提供による生殖補助医療のガイドライン】にて理解し納得している。
- 3 今回予定している治療にかかる費用についての詳細はHPの料金表並にて確認している。当日新鮮精子にてXY精子選別法を行う場合にはさらに選別費用として 15,070 円 (税込) が発生することを理解し納得している。
- 4 事前に融解本数や融解する検体のご希望を頂いた場合でも、当日の卵子の状態や融解後の精子状況などにより、医師の判断のもと夫婦どちらか一方の承諾を得ただけで融解する検体や本数に変更になる可能性があることを理解し、納得している。

<注意事項>

- ① 治療手技がキャンセルまたは不成功に終わり、妊娠に至らない可能性があることをご了承ください。
- ② 融解精子を使った治療を行う場合、精子提供による生殖補助医療は入籍した夫婦であること、その他は夫婦であること(事実婚含)が前提です。
- 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。必ず実施日まで提出して下さい。
- ④ 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、凍結精子の融解同意書の提出が必要です。
- ⑤ この同意書を提出後でも、融解前であればいつでも同意を取り消すことができます。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。
- ⑥ 今回ご説明した凍結融解精子を用いた治療は、標準的治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。
- ⑦ 患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で、日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック

院長 宮崎 薫殿

〒

同意日 年 月 日

妻氏名(自署)

夫氏名(自署)

診察券番号()