

卵子凍結保存の同意書

ローズレディースクリニック 院長 石塚 文平 殿

私は、ローズレディースクリニックより、「卵子凍結保存を希望される方へ」を用いて、卵子凍結保存に関する下記項目について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また将来必要となる体外受精・胚移植および顕微授精についても説明書「体外受精・顕微授精・胚移植について」を読み、動画を視聴し、医師からの説明をうけ、その内容を十分に理解しましたので、卵子凍結保存に同意します。

1. 目的
2. 対象
3. 方法
4. 危険性・合併症・副作用
5. 未成年者の同意について
6. 凍結期間
7. 破棄条件
8. 連絡義務
9. 責務
10. 天災時・突然の閉院時の対応
11. 個人情報について

年 月 日

氏名 (自署) _____

(未成年の場合)

親権者氏名 (自署) _____

説明医師名 _____ 石塚 文平 _____