

【自費】精子凍結保存維持管理 同意書

凍結保存を開始から1年以上経過し、保存を継続希望される場合手続きをされれば保存可能です。

手続きにはこの書面によってご両名または男性にて同意を示され、自費精子凍結保存維持管理料（¥55,000 税込）のお支払いをしていただきます。手続きは1年ごとに実施となります。1年経過する前に受精操作に使用するなど精子がなくなった場合でもお支払いいただいた管理料の返還はいたしません。

保存期限は浅田アプリの凍結期限確認をご確認ください。原則当院からご連絡等することはございません。保存期限以降1か月以内に手続きをされない、連絡が取れない場合は、凍結保存継続は停止となります。

※凍結継続停止を希望される場合は、浅田アプリの凍結期限確認より手続きをお願いします。→手続き方法



今回私たちは、医師からの下記事項について説明を受け、十分理解・納得し、自らの意思で2人合意の上、自費精子凍結保存継続管理を受けることに同意します。

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、診療に協力します。

また、治療中に発生した不測の事態等には、必要な操作とこれらの目的にかなった処置を受けることにも同意します。下記事項について確認し、署名します。

<確認事項>

- ☐ 同意書の提出がない場合、精子凍結保存の継続ができないこと
- ☐ 精子の所有権は男性に帰属し、凍結期間中この書面に署名ある女性との婚姻関係の解消、女性が死亡、行方不明となった場合には男性との意思確認によって、その後の精子の取り扱いを判断すること
- ☐ 生殖医療に関する各種学会（日本産科婦人科学会、生殖医学会等）の規約、会告の遵守
- ☐ 天災や不可抗力的要因等による障害、受精や妊娠等結果成否への影響があること
- ☐ ご両名もしくは片方からの申し出等による同意の撤回や医学的判断による治療中止があること
- ☐ ご本人が死亡もしくは60歳を迎える場合の凍結保存継続停止
- ☐ ご両名および出生児の人権等のプライバシー保護の厳守
- ☐ 個人が特定されない範囲での日本産科婦人科学会等の関係学会および厚生労働省への治療成績報告に関する対応（妊娠・出産に関する調査のため、ご登録のメールアドレス等へ連絡すること）

浅田レディースクリニック 理事長 浅田義正
説明日・説明医師

同意年月日： 年 月 日

住所：〒 _____

必ず連絡が取れる電話番号（男性の携帯など）： _____

男性：診察券番号 _____ 氏名 _____ (自署)

女性：診察券番号 _____ 氏名 _____ (自署)