

卵子の採卵および凍結保存 申込書・同意書

私は卵子の採卵および凍結保存を申し込みます。

施行に関しては、以下の項目について別紙（杉山産婦人科「卵子凍結について」）および、担当医師からの口頭による説明を理解し、全ての項目について同意いたします。

なお、不測の事態が生じた場合には、医師の判断により適切な処置を受けることに同意いたします。

- ① 採卵可能な年齢は、治療成績低下などの観点から原則 40 歳の誕生日までであること
(原則を理解した上で、40 歳を超えても本人が希望する場合は採卵することが可能)
- ② 凍結卵子の使用、凍結保存の延長は原則満 45 歳の誕生日までであること
(本人が希望する場合、毎年来院し医師との相談の上、50 歳まで延長することが可能)
- ③ 上記 ① ② は、学会や厚生労働省の指導により予告なしに変更となる場合があること
- ④ 排卵誘発剤、採卵、麻酔などに伴う副作用について
- ⑤ 将来、凍結卵子を融解して使用する場合、パートナーの精子との体外受精（顕微授精）が必要であること
またその際の治療成績について（現時点では第三者の精子を使用することはできないこと）
- ⑥ 凍結保存した卵子は、原則当院から持ち出しができないこと
(遠方への転勤などの理由による場合は相談可能であること)
- ⑦ 凍結保存の費用について。また費用は予告なく変更になる場合があること
- ⑧ 以下に該当する場合、凍結している凍結卵子は予告なく破棄となること
 - ・更新期限（1 年ごと）が過ぎたにも関わらず、更新手続きがない場合
 - ・満 50 歳の誕生日を迎えた場合
 - ・天災などの緊急の際に、当院からの複数回の連絡に対応いただけなかった場合 など
- ⑨ 盗難および天災、不慮の事故等場合について

杉山産婦人科 院長

西暦 年 月 日

患者氏名（自署） (ID :)

生年月日 西暦 年 月 日 (満 歳)

携帯電話番号

メールアドレス