



説明書はこちら

凍結保存物廃棄の同意書



記入方法はこちら

以下の注意事項を必ずご一読いただき、手続き期間内に本同意書に署名し、当院へご提出（郵送でも可能です）ください。

※凍結保存物更新の手続き期間は、保存期間満了月の翌月となります。

（例：2024年11月10日に凍結開始の場合、2025年12月1日から31日までが手続き期間です）

<注意事項>

- ① 理由なく保存期限を過ぎる場合は、凍結保存物更新の料金が発生する場合がございます。
- ② 署名は必ずご本人が直筆でご署名ください。ご本人以外と思われる署名書類は受理できません。
また、ご本人以外の者が本人であるとして代書した場合、私文書偽装として刑事罰や民事上不法行為として賠償を請求されることがあります。
- ③ 患者様の個人情報、個人情報保護法及びプライバシーの保護・管理に十分配慮したうえで、当院のデータ管理、学会報告（日本産科婦人科学会への報告は義務となっております）や研究発表、及び JISART の認証維持の監査時チェックに用いられることがあります。
- ④ この同意書を提出後でも、保存期間内であれば、いつでも自由に同意を取り消すことができます。

医療法人翔仁会 仙台 ART クリニック理事長 吉田 仁秋殿

私達夫婦は、凍結保存物の廃棄について上記記載事項を十分に理解し、納得した上で、現在保管している以下の凍結保存物を廃棄することに同意します。

また、同意を撤回する場合は、保存期間内に貴院へ連絡いたします。

期限更新（受精卵・卵子・精子）の凍結 No. _____ 凍結日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

（必ずどれかにチェックを入れて下さい）

☐ 不妊治療の発展を目的とした研究に使用した後、廃棄することに同意します。

☐ そのまま廃棄することに同意します。

☐ 自宅への持ち帰り（Bring Back Home）を希望します。※心理士立ち合いのもと簡単なセレモニーを行います（有料）



詳細はこちら

夫 同意年月日	年	月	日	診察券番号：	氏名(自署)：
住所：					TEL：
妻 同意年月日	年	月	日	診察券番号：	氏名(自署)：
住所：					TEL：

※上記の住所に書類を郵送する際、病院名を伏せるご希望がある方はチェックを入れて下さい。

☐ 病院名を伏せて郵送を希望します。（無記載の場合は、病院名が記載された封筒にて郵送いたします。）

※記入漏れがある場合は受理できないことがあります。

記入に関する不明点がございましたら、当院 HP（凍結延長に関する問い合わせフォーム）よりご連絡ください。

患者様控えは、大切に保管して下さい。