

凍結保存検体の保管延長・廃棄手続き 説明書

患者さんにとってより良い医療を提供する為に、これから行う治療・処置について説明いたします。分かりにくい時は説明の途中でも構いませんので何なりと質問してください。

1. 何をするのか

不妊治療（人工授精、体外受精または顕微授精）での使用を目的とし、凍結保存していた配偶子（精子や卵子）・胚の保管延長（1年間）または廃棄手続きをします。

2. 何のためにするのか、そのことをする利点

当院にて不妊治療を行い、凍結保存していた配偶子（精子や卵子）や胚を治療継続のために保管延長（1年間）か、治療を終了し廃棄かの手続きを行います。治療を継続する場合、既存の凍結配偶子や胚の保管延長手続きをすることで、改めて採精や採卵を行わずに治療を継続することが可能です。

3. 具体的方法

- 1) ご希望される手続きの同意書にご署名（必ず自筆）ください。
- 2) 「同意書」を当院生殖医療センター宛てに郵送または生殖医療センター窓口にお持ちください。
- 3) 当院で同意書の内容を確認します。
（ア）保管延長の場合：同意書の返却と併せて請求書を送付
（イ）廃棄の場合：同意書の返却（手続き完了）
- 4) 保管延長の場合、請求書に記載の「保管料」を振込、書留または来院してお支払いください。

4. 危険性と副作用

特になし

5. 特に患者さんに協力していただきたい注意点

- 1) 同意書は、「保管延長同意書」または「廃棄同意書」のどちらか一方を必ず提出してください。
- 2) 提出していただいた同意書内に記入漏れや記入間違い等の不備があった場合、再度提出していただくことになります。
- 3) 保管料をお支払いいただきましたら、保管延長手続きが完了となります。特に支払い完了のご連絡は致しません。
- 4) 保管期限を過ぎた場合、「精子の凍結保存 説明書」「受精卵の凍結保存 説明書」「医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）の凍結保存とその生殖補助医療での使用 説明書」に記載されている検体の廃棄規定に基づき、凍結保存検体を廃棄させていただきます場合があります。もし、保管延長希望にも関わらずお手続きが期限内に間に合わない等ありましたら、生殖医療センター0568-76-4131までご連絡ください。
- 5) 1年後に再度延長を希望される場合、所定のお手続きが必要です。

6. 費用

卵子・胚の保管料は、保険適用外（自費診療）の方は38,500円、保険診療3割負担の方は10,500円です。精子の保管料は、保険適用外（自費診療・妊孕性温存）の方は7,700円、保険診療3割負担の方は2,100円です。

※保管料は、精子の凍結本数または卵子・胚の凍結個数に関わらず、それぞれ一律です。
※請求書に記載されているお支払い方法でお願い致します。

7, それ以外の方法との比較

保管延長または廃棄以外の方法はありません。

8, 同意と同意撤回の自由について

この治療方法に対して同意を拒否されても、また、直前に同意を撤回されても、診療上の不利益を受けることはありません。

9, その他

あなた方ご夫婦および出生児の人権が損なわれることのないようにプライバシーは厳守されます。

2024/11/1

小牧市民病院

凍結精子の保管延長 同意書

検査・処置・手術の施行日は、 年 月 日です。

この検査・処置・手術を受けることに同意いただければ、以下の同意書に署名してください。

なお、同意を拒否しても、直前に同意を撤回しても、診療上の不利益を受けることはありません。検査・処置・手術を見合わせる場合には医師にお申し出ください。

医師からの説明を理解できましたら、以下にチェックを入れてください

理解できましたので、同意し署名します

同意年月日 20 年 月 日

*男性 氏名 _____ 患者ID _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 電話番号 _____

*女性 氏名 _____

住所 _____ 電話番号 _____

※必ずご本人が直筆で署名してください

※住所と電話番号は男性・女性それぞれ記入してください（同上は認められません）

患者同席者 氏名 _____ 患者との続柄（ _____ ）

連絡先 _____

説明担当医 _____ 小牧市民病院 生殖医療センター _____ 氏名 _____ 佐野 美保 _____

指導医 氏名 _____

同席看護師 _____ 科 _____ 氏名 _____

同席者 _____ 科 _____ 氏名 _____

記入例

凍結精子の保管延長 同意書

検査・処置・手術の施行日は、 年 月 日です。

この検査・処置・手術を受けることに同意いただければ、以下の同意書に署名してください。

なお、同意を拒否しても、直前に同意を撤回しても、診療上の不利益を受けることはありません。検査・処置・手術を見合わせる場合には医師にお申し出ください。

医師からの説明を理解できましたら、以下にチェックを入れてください

理解できましたので、同意し署名します

同意年月日 2024年 11月 11日

*男性 氏名 小牧山 太郎 患者ID 98765432

生年月日 1955年 1月 1日

住所 愛知県小牧市常普請1丁目20番地 電話番号 080-0000-0000

*女性 氏名 小牧山 花子

住所 愛知県小牧市常普請1丁目20番地 電話番号 090-0000-0000

※必ずご本人が直筆で署名してください

※住所と電話番号は男性・女性それぞれ記入してください（同上は認められません）

患者同席者 氏名 _____ 患者との続柄（ ）

連絡先 _____

説明担当医 小牧市民病院 生殖医療センター 氏名 佐野 美保

指導医 氏名 _____

同席看護師 _____ 科 氏名 _____

同席者 _____ 科 氏名 _____