

凍結検体の保管延長・廃棄手続き 説明書

1. 保管延長・廃棄手続きとは何か

不妊治療（人工授精、体外受精または顕微授精）のために凍結保存していた精子・卵子・胚について、1年毎に保管延長または廃棄について患者様の意思確認をする手続きです。

2. 保管延長・廃棄手続きは何のためか、その利点は

凍結保存していた精子・卵子・胚を治療継続のために保管延長（1年間）するか、治療を終了して廃棄するか患者様の意向を諸手続きによって明示していただきます。保管延長手続きをすることで、一般的に妊娠の可能性が高いとされる若い時期の精子・卵子・胚を用いて治療継続することが可能になり、改めて精子や卵子を採取する身体的・経済的負担を減らすことにもなります。

3. 保管延長・廃棄手続きの具体的方法

- 1) ご希望される手続きの同意書に必ず 自筆にてご署名 ください。
- 2) 小牧市民病院・生殖医療センター宛てに同意書を郵送、または生殖医療センター受付にご持参ください。
- 3) 同意書に記入漏れや記入間違い等の不備がないか確認させていただき、
保管延長：同意書の返却と併せて保管料の請求書を郵送いたします。
廃棄：郵送にて同意書を返却させていただき廃棄手続き完了となります。
- 4) 保管延長の場合、保管料のお支払いをもって保管延長手続き完了となります。
請求書に従ってお振込、または当院の会計窓口にてお支払いください。

4. 長期的な凍結保存の危険性・副作用

液体窒素下（マイナス196℃）では、数十年単位で凍結保存が可能だと言われています。長くて5年～10年ほどの不妊治療期間に凍結し続けたとしても精子・卵子・胚の劣化は極めて少なく、改めて精子や卵子を採取せずに凍結保存された精子・卵子・胚を用いて治療継続できるメリットが大きく上回ると考えられます。

5. 保管延長・廃棄手続きの注意点

- 1) 保管延長・廃棄手続きは凍結検体を保管中の患者様が対象です。
- 2) 保管延長・廃棄手続きによる意思確認は1年毎に行います。
- 3) 精子・卵子・胚は別々のお手続きとなります。
- 4) 同意書に記入漏れや記入間違い等の不備があった場合は、再度提出していただきます。
- 5) 同意書の署名の真偽に関わる問題が生じても当院は責任を負うことはできません。
- 6) 保管延長・廃棄手続き完了のご連絡は行っておりません。

6. 保管延長・廃棄手続きされない凍結検体の廃棄について

お手続きのないまま保管期限を超過した凍結検体は、治療時に提出していただいた精子・卵子・胚の「凍結保存の説明同意書」に記載されている凍結検体の廃棄規定に基づき廃棄させていただきます場合があります。お手続きが保管期限内に間に合わない等ございましたら、保管期限を迎える前に生殖医療センターまでご相談ください。

7. 保管延長の費用（1年間の保管料）

【卵子・胚】

- ・ 保険適用外（自費診療）：38,500円（税込）
- ・ 保険診療（3割負担）：10,500円

【精子】

- ・ 保険適用外（自費診療・妊孕性温存）：7,700円（税込）
- ・ 保険診療（3割負担）：2,100円

※保管料は、卵子や胚の凍結個数、精子の凍結本数に関わらず一律料金です。

8. 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。

9. 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。

しかしながら、保管延長もしくは廃棄のいずれにも同意いただけないまま保管期限を迎えた場合には、保管中の凍結検体は廃棄せざるを得ないことをご了承ください。

保管延長手続きを撤回される場合、お支払いいただいた保管料は返金することができません。また、当院では廃棄手続き完了後、速やかに凍結検体を廃棄しております。廃棄手続きを撤回される場合、凍結検体が既に廃棄され、治療に用いることができなくなっている可能性があることをご了承ください。

保管延長・廃棄手続きにつきましては、ご夫婦でよくご相談の上、保管期限までにお手続きを進めていただきますようお願い申し上げます。

10. その他

この治療により、ご夫婦および産まれるお子様の人権が損なわれることのないようプライバシーは厳守されます。

保管延長・廃棄手続きについてご不明な点がございましたら、小牧市民病院・生殖医療センターまで何なりとお問い合わせください。

2025年1月6日

小 牧 市 民 病 院

凍結胚の廃棄 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

*女性 氏名 _____ 患者ID _____

住所 〒 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

*男性 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

※住所と電話番号は必ず女性・男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 者 小牧市民病院 生殖医療センター 氏名 _____

記入例

凍結胚の廃棄 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 25年 11月 11日

*女性 氏名 小牧山 花子 患者ID 12345678

住所 〒485-8520 生年月日 2000年 1月 1日

愛知県小牧市常普請1丁目20番地 電話番号 090-0000-0000

*男性 氏名 小牧山 太郎

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

※必ずご本人が直筆で署名してください

※住所と電話番号は必ず女性・男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 者 小牧市民病院 生殖医療センター 氏名 _____