

妊孕性温存を目的とした卵子・受精卵凍結保存 についての同意書

埼玉医科大学総合医療センター 病院長 殿
産婦人科診療部長 殿

私は、「若年女性がん、免疫疾患における妊孕性温存を目的とした卵子・受精卵凍結保存」について、担当医師から下記の項目について説明書を用いて説明を受け、十分に理解しましたので、本医療行為に参加することに同意いたします。

説明を理解した項目

- 医療行為の名称・概要について
- 実施機関の名称及び実施責任者の氏名
- 医療行為の意義・背景について
- 実施の方法について
- 医療行為対象者として選定された理由
- 医療行為に参加することの利益と不利益について
- 医療行為が実施又は継続されることに同意した場合であっても随時これを撤回できること
- 医療行為が実施又は継続されることに同意しないこと又は同意を撤回することによって医療行為対象者等が不利益な取扱いを受けないこと
- 医療行為に関する情報公開の方法
- 実施計画書及び実施の方法に関する資料を入手・閲覧できること並びにその方法
- 個人情報の保護について
- 試料・情報の取扱いについて
- 医療行為の資金源等、実施機関の医療行為に係る利益相反及び個人の収益等、実施者等の医療行為に係る利益相反に関する状況
- 健康被害が発生した場合について
- 医療行為対象者等及びその関係者からの相談等への対応
- 医療行為対象者等の経済的負担について
- 他の治療方法等に関する事項
- 医療行為対象者への医療行為実施後における医療の提供に関する対応
- 医療行為によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容
- 知的財産権について
- 医療行為の問い合わせ先について

同意日 西暦 年 月 日

患者氏名（自署）

患者住所

代諾者氏名（自署）

（続柄）

※ 高校生以上の場合、この同意書に署名してください。

※ 中学生の場合、ご本人は、別紙 中学生用説明書・同意書に署名してください。

【医師記入欄】

私は、上記患者さんに、本医療行為について十分に説明いたしました。

説明日 西暦 年 月 日

所属

担当医師名（自署）

妊孕性温存を目的とした卵子・受精卵凍結保存 についての同意撤回書

埼玉医科大学総合医療センター 病院長 殿
産婦人科診療部長 殿

私は、「若年女性がん、免疫疾患における妊孕性温存を目的とした卵子・受精卵凍結保存」について、担当医師から説明を受け同意をいたしました。が、本医療行為に参加することを辞退させていただきます。

同意撤回日 西暦 年 月 日

患者氏名（自署）

患者住所

代諾者氏名（自署）

（続柄）

【医師記入欄】

私は、上記患者さんの撤回を受け付けいたしました。

確認日 西暦 年 月 日

所属

担当医師名（自署）