

妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)
患者申請同意確認書
(原疾患主治医用)

凍結施設

凍結施設医師名: _____ 先生御侍史

私は、(患者名、フルネームでお願いします) _____ 殿の
主治医として下記①、②の判断を致します。また、妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等
の採取・凍結)を希望される場合、下記③、④に同意します。

①	当該患者が妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)以外の医療行為では、悪性腫瘍および原疾患の治療後に妊娠成立の見込みが低いこと。	はい	いいえ
②	当該患者の全身状態や予後を総合的に判断し、患者が妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)に耐えること。	はい	いいえ
③	妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)、ならびに原疾患寛解後の凍結卵子/胚/卵巣/精子/精巣等を用いた生殖治療にいたるまで長期に凍結施設担当者と密に連絡がとれるようにすること。	はい	いいえ
④	原疾患の主治医を交代する場合、責任を持って以後の主治医に上記③の履行を引き継ぐこと。	はい	いいえ

年 月 日

医療機関名: _____

診療科名: _____

申請医師名: _____ 印

住所: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____