

筑波学園病院 ID

精子凍結保存同意書
(原疾患（腫瘍等）治療前の精子の凍結保存)

ふりがな：

氏名：

生年月日：西暦 年 月 日生

筑波学園病院長殿

原疾患（腫瘍等）治療前の精子凍結保存を筑波学園病院にて行うことに際して、日本不妊学会（現：日本生殖医学会）の方針に基づき、原疾患の治療を行う主治医から治療を受けられる男性との間で以下の点について説明が行われていることを本同意書にて確認します。

原疾患（腫瘍等）治療前の精子凍結保存を行うことに同意します。同意にあたっては以下の事項について

別紙のごとく（原疾患（腫瘍等）治療施設名）

（医師名） 医師から十分な説明を受けました。

同意にあたり原疾患（腫瘍等）治療担当医師より

- 罹患疾患の治療と造精機能低下との関連
- 罹患疾患の治療成績

についての説明を十分理解した上で、処置一切を筑波学園病院にお任せして承諾いたします。

20 年 月 日

本人氏名（自署）：

患者 殿に原疾患（腫瘍等）治療前の精子凍結保存・融解に関する説明をし、質問に答え、原疾患（腫瘍等）治療前の精子凍結保存・融解に関する同意を得ました。

20 年 月 日

原疾患（腫瘍等）治療施設名：

担当医（自署）：