

同意書

「医学的適応による精子および精巣又は精巣上体精子の凍結・保存」
に関する同意書

●●●●病院長 殿

＜説明事項＞

1. 現在の病状（診断名、病状・予後、処置および治療の方針）
2. 実施を予定している診療行為の概要
3. 上記に伴い期待される効果と限界
4. 予測される合併症：その頻度と危険性
5. 予測できない偶発症の可能性とそれに対する対応策
6. 実施予定の医療を受けない場合に予測される病状の推移と可能な他の治療法
7. 費用について
8. セカンドオピニオンについて
9. その他

私は、_____医師より、文書と口頭によって、私の診療のために行われる予定の「医学的適応による精子および精巣又は精巣上体精子の凍結・保存」に関して、上記事項の説明を受け、十分理解をしました。

診療に必要であると判断しましたので、上記の診療行為を受けることに同意します。

同意日 202 年 月 日

患者番号 XXXXXXXX 患者氏名 ●● ●●

患者氏名（署名） _____

家族など重要他者（署名） _____（続柄： _____）

私は今回の「医学的適応による精子および精巣又は精巣上体精子の凍結・保存」について、上記の項目を説明し、同意が得られたことを確認しました。

説明日 202 年 月 日 同意確認日 202 年 月 日

説明者名 ●● ●● 医師（署名） _____

説明立会者名 _____ 科（部）（署名） _____

●●●●病院