妊孕性温存療法（卵子・受精卵・卵巣・精子の採取及び凍結）に対する

原疾患主治医としての同意書

施設：　秋田大学医学部附属病院　産婦人科

医師：　　先生御侍史

私は、　　殿（患者名）の原疾患主治医として

下記（1）、（2）について同意します。

（1）　当該患者が原疾患の治療後に妊孕能の著しい低下が予測され、患者の全身状態や予後を総合的に判断し妊孕性温存療法（卵子・受精卵・卵巣・精子の採取及び凍結）を受けることを原疾患主治医として許可します。

（2）　妊孕性温存療法（卵子・受精卵・卵巣・精子の採取及び凍結）、ならびに原疾患寛解後の凍結卵子・受精卵・卵巣・精子を用いた生殖治療に至るまで長期にわたり貴施設担当医と密に連絡がとれるように致します。（主治医が交代する場合、責任を持って以後の主治医に引き継ぎをします。）

年　　月　　日

医療機関名・診療科名

原疾患主治医名　　印