

※生殖機能温存療法実施日が令和3年3月31日以前の場合は旧様式を使用してください

## 生殖機能温存療法についての同意書

私は、以下の点について、医療機関より十分な説明を受け、内容を理解し、リスクがあることについても承知しました。

- 1 がん治療により生殖機能が低下するまたは失う恐れがあること
- 2 生殖機能温存療法により将来子どもを授かる可能性を残せること
  - (1) 内容と一連の流れについて
  - (2) 副作用や合併症について
  - (3) 費用について
  - (4) がん治療の主治医の判断により、生殖機能温存療法を中断することがあること
  - (5) (女性の場合) 女性ホルモン依存性のがんの場合、生殖機能温存療法を実施することによりがんが悪化する可能性があること
- 3 (卵子又は精子凍結の場合)  
がん治療後、融解して体外受精から胚移植を行うまでの一連の流れについて  
(受精卵凍結の場合)  
がん治療後、融解し胚移植を行うまでの一連の流れについて
- 4 生殖機能温存療法を行った場合の妊娠成功率について
- 5 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること
- 6 その他

説明を受けた内容を具体的に記載：

京都府知事 様

年 月 日

申請者署名 \_\_\_\_\_

(受療者との続柄 \_\_\_\_\_)