**新潟県がん・生殖医療ネットワーク**

**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： 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

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） 当該患者は原疾患の治療後に妊孕能の低下が予測されます。

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・精子の採取および凍結）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・精子の採取および凍結）、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