凍結検体 廃棄同意書

ロイヤルベルクリニック不妊センター　センター長　小栗 久典 殿

私たち夫婦（私個人が保管している場合に限っては、「私たち夫婦」を以降「私個人」に読み替える）は、貴院に管理・保管を依頼しておりました凍結検体について、廃棄を希望いたします。本同意書の提出後、凍結検体を貴院が廃棄したことについて一切の異議、申し立てはいたしません。

下部の注意事項をよく読み、枠内をすべてご記入ください。

＊ ①同意年月日、②廃棄をご希望される検体への✓、③現在の保管期限、④廃棄同意書を提出される理由への✓、の4点を必ずご記入ください。

＊ 同意内容の記載に不備がある場合は再記入をご依頼させていただくこととなります。

① 同意年月日 20＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

② 廃棄をする検体に✓を入れてください。

□ 凍結卵子・凍結受精卵・凍結胚培養液

□ 凍結精子

③ 現在の保管が 20＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日※1をもって保管期限に到達することを確認しました。

※1）現在の保管期限が不明な場合は、当院までお問合せください。“胚および精子凍結保存維持に関する意向確認書“の有効期限ではありませんのでご注意ください。

④ 廃棄同意書を提出される理由に✓を入れてください。

□ 現在の保管期限（上記③）が満了を迎え、今後の保管期間の延長を希望しないため。

□ “胚および精子凍結保存維持に関する意向確認書”を提出したが、その有効期限内※2に凍結継続の意思がなくなったため（廃棄同意書の受理までにかかった費用は保険診療外として自費での代金を徴収します※3）。

※2） 有効期限は上記③の日付より1年後となります。例）2024年4月1日保管期限→1年後 2025年4月1日

※3） 金額については事前に当院までお問合せ下さい。お支払いは、本書をご持参の上、診療時間内（午前のみ）に受付窓口までお越しください（予約は要りません）。

ご住所 （〒　　－　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この1年間で住所が □変わりました（カルテの登録住所を変更します）

□変更ありません

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

ご署名 ※必ずご本人、配偶者ともそれぞれの自筆でご記入ください。**（同筆の場合は受理しません。筆跡に不自然な点が見受けられる場合には、これまでにご記入いただいた書類と照合させていただくことがあります。）**

※凍結卵子・受精卵・胚培養液のお手続きでは「妻」をご本人としてください。
凍結精子のお手続きでは「夫」をご本人としてください。

ご本人（□妻 □夫） **自筆**＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

診察券番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿（分からない方は生年月日を西暦で記載）

配偶者（□妻 □夫）※4 **自筆**＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

診察券番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿（分からない方は生年月日を西暦で記載）

※4） 離婚や死別でご本人または配偶者の自筆の署名ができない場合に限り、署名欄にその理由を明記してください。
未婚で配偶者のない卵子凍結の方に限り、配偶者（夫）の署名欄に「なし」とご記入ください。
未婚で配偶者のない精子凍結の方に限り、配偶者（妻）の署名欄に「なし」とご記入ください。