

精子 保管継続同意書 保険診療外(自費)

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

私たち夫婦は、貴院に管理・保管を依頼しておりました凍結精子について、夫婦同意のもと貴院における治療継続を目的として、保管期間を延長することを希望いたします。

下記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現在の保管期限、③保管期間、の3点を必ずご記入ください。
- * 必ずご本人、配偶者とも、それぞれの自筆でお願いいたします(同筆の場合は受理しません)。
- * 捺印がない場合は受理できません。
- * 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 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。

③ 保管する期間を確認し、更新後の期限を記入してください。

1年間の延長 : 44,000 円(税込) 更新後の保管期限^{*2} (20 年 月 日まで)

※2) 更新後の保管期限は、現在の保管期限の 1 年後となります(上記③の費用をお支払いいただいた日ではありません)のでご注意ください。例)2023 年 4 月 1 日保管期限→1 年後 2024 年 4 月 1 日

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 ご本人(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) 自筆 _____

印

診察券番号 _____ (分らない方は生年月日を西暦で記載)