

受精卵・培養液 保管継続同意書

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

私たち夫婦は、貴院における治療のため、凍結受精卵・培養液の管理・保管を依頼していました。この度、貴院より凍結受精卵・培養液の保管に関する意思確認の連絡をいただき、夫婦の同意のもと保管期間を延長することに同意いたします。

説明者 小栗 久典 印

更新後の新規保管期限 (年 月 日)

※クリニックで記入致します。

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。

- * 同意年月日、ご希望の内容への✓、の2点は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します。

同意年月日 年 月 日

延長後の保管期限:ご希望の内容に✓を入れてください。

- a)凍結受精卵を保管継続する
☐ 1年間: XXXXXX円(税込み)
- b)凍結受精卵と凍結培養液の両方を保管継続する
☐ 1年間: XXXXXX円(税込み)

注1) 保管期間中の中途解約はできません。

注2) 回目の更新期限は、更新お手続き(胚凍結維持管理料お支払い)日から1年となります。

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(妻) 自筆 印

診察券番号 (分らない方は生年月日を記載)

配偶者(夫) 自筆 印

診察券番号 (分らない方は生年月日を記載)

ご注意

保険診療と保険診療外で同意書の形式が一部異なります

- ① 同意年月日(同意書の署名日)をご記入ください
- ② 胚のみを保管延長希望の方はa)に、
胚と胚培養液を保管延長希望の方はb)にチェックをいれてください
※ 保険診療外の同意書には保管期間が記載されています
※ 保険診療外の保管期間は1年と6ヶ月いずれかが選べます
- ③ 郵便番号、住所、電話番号をご記入ください
住所変更の有無についてもチェックをお願いします
- ④ 必ずご夫婦それぞれの自筆でサイン、捺印をしてください
※自筆での署名ではない場合、文書偽造に該当する可能性があります