

・凍結保管を延長する場合は必ずお手続きをお願いします
 ・採卵日または移管日毎に申請をして下さい

凍結受精卵（胚）一部保管延長

凍結している受精卵（胚）の一部の保管を延長する書類です

医療法人 下田産婦人科医院 下田隆仁 殿

私達夫婦は、貴院で保管中の凍結受精卵（胚）・卵子に関して一部の受精卵（胚）を除き保管期間を1年延長することを申請します。

尚、保管更新について下記の事項を十分に理解し、納得しました。また、治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院にお願いいたします。また、治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院にお願いいたします。今回、保管延長を申請する受精卵（胚）の採卵日または移管日は

保管延長を希望する受精卵（胚）を採卵した日または移管した日

20 年 月 日

*下記事項についてご了承いただければ左端の口欄に☑をいれ、下記にご署名ください

- 1) 本同意書は今回保管更新を申請する受精卵（胚）の採卵日または移管日と一致すること
- 2) 採卵日または移管日の異なる場合は、採卵日または移管日ごとの申請が必要で、各項目をお読みいただき必ずチェックをお願いします
- 3) 保管延長料金は保管延長期間ごとに発生し、延長期間ごとに申請する必要があります
- 4) 保管延長料金のお支払いが確認できない場合は、保管延長を更新することはできないこと
- 5) 延長期間は1年間でその都度手続きが必要なこと
- 6) 保管物の処理に関し疑義が生じた場合は、裁判所等の法的機関に判断を委ね、その結果に従うこと
- 7) 本同意書提出後でも、凍結物の保管更新期限前であれば同意を取り消すことができます
- 8) 夫婦ともに意思表示もなく連絡先が不明となり連絡が取れない場合には凍結物の保管が終了となること
- 9) 女性の生殖年齢（概ね50歳）を超えての保管延長はできないこと

注意事項について

- ① 凍結保管物の保管期間延長に際しては、ご夫婦のそれぞれの同意が必要となります
- ② 凍結保管中に以下の事情が生じた場合は保管の依頼は終了するものとし、保管物は当院の責任において廃棄します以下の事情が生じた際は速やかに当院にご連絡ください（*保管期間中に廃棄した場合において、残余期間分の費用は返還いたしません）
- ③ 夫婦の一方が死亡した場合・夫婦の一方が行方不明または意思表示ができない状況になった場合・婚姻関係または事実婚を解消した場合は必ず当院までご連絡ください
- ④ 保管期間に天災等の不慮の事態が発生し、保管物が破損もしくは喪失した場合、当院は一切責任を負いません

必ずお読みください

施設責任者・医療法人 下田産婦人科医院 下田隆仁

同意年月日： 年 月 日

妻住所： _____

妻氏名： (ID) (自署) 電話番号： _____

夫住所： _____

夫氏名： (ID) (自署) 電話番号： _____

必ずそれぞれ本人が直筆で署名願います。ご本人でない者が、本人であるとして代署しますと私文書偽造として

刑事罰を受けることがある。また、損害賠償を請求されることがあります

- ・同意年月日はご記入日をお書きください
- ・住所、電話番号がご夫婦で同じ場合、ご主人の住所、電話番号は「同上」とご記入下さい
- ・氏名は必ずご自身でご記入ください（他者が記入した場合は無効となりますのでご注意ください）
- ・IDは診察券番号をご記入ください

凍結受精卵（胚）一部廃棄申請書

凍結している受精卵（胚）の一部の保管を中止する書類です

医療法人 下田産婦人科医院 下田隆仁殿

私達夫婦は、現在貴院にて保管している

20 年 月 日に採卵

保管延長を希望する受精卵（胚）を採卵した日または移管した日

受精卵（胚）について一部を廃棄することに同意いたします

廃棄する受精卵（胚）は下記の 個

廃棄する個数が決定している場合はご記入ください（来院後決定される場合は空欄でよいです）

廃棄をする受精卵（胚）

廃棄を希望する受精卵（胚）の状態（発育段階、評価）が分かる場合は記入してください（来院後決定される場合は空欄でよいです）

*下記事項についてご了承いただければ左端の口欄に☑をいれ、下記にご署名ください

□1) 廃棄同意書が受理されますと直ちに廃棄手続きに入ります

廃棄を希望する項目にチェックがない場合はお手続きが完了しませんので、必ずご確認ください

□2) 同意書に各項目をお読みいただき必ずチェックをお願いします

とがありますので、必ずご確認ください

必ず連絡のつく電話番号をご記入ください

注意事項について

- ① 凍結保管物の廃棄に際しては、ご夫婦のそれぞれの同意が必要となります
- ② 採卵日の異なる凍結保存受精卵（胚）がある場合、それぞれに本同意書が必要となります

施設責任者 医療法人 下田産婦人科医院 下田隆仁

同意年月日： 年 月 日

妻住所： _____

妻氏名： (ID) (自署) 電話番号： _____

夫住所： _____

夫氏名： (ID) (自署) 電話番号： _____

*必ずそれぞれご本人が直筆でご署名願います。ご本人でない者が、本人であるとして代署しますと私文書偽造として

刑事罰を受けることがあります。民事上不法行為として損害賠償を請求されることがあります。

*患者様へのご注意

- ・同意年月日はご記入日をお書きください
- ・住所、電話番号がご夫婦で同じ場合、ご主人の住所、電話番号は「同上」とご記入下さい
- ・氏名は必ずご自身でご記入ください（他者が記入した場合は無効となりますのでご注意ください）
- ・IDは診察券番号をご記入ください