

様

凍結胚・配偶子の凍結保存期間延長の同意書

病院長殿

私達は貴院で保管中の凍結胚・配偶子に関して凍結保存の延長をすることを希望し同意します。

凍結保存延長期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から
_____ 年 _____ 月 _____ 日まで

凍結 No _____

《医師記入欄》 保険 ・ 自費

<留意事項>

- 凍結保存延長の手続きは1年毎に直接来院が必要です。
- 保険診療での保存延長を希望される場合、問診にて確認し維持管理料を算定しますが問診の結果、保険適用できない場合があります。
- 保険診療での凍結保存延長は、新たな治療計画書を発行する必要があるため妊娠出産に伴い治療が再開できない場合、治療再開可能となるまでの凍結保存延長料金は自費として請求します。
- 下記署名は必ず自筆で記入をしてください。
- 未払いの胚凍結保存管理料、精子凍結保存管理料がある場合、合わせて請求となります。

説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師： _____ (自署 or 記名押印)

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ご夫婦（パートナー）ともにご署名ください。

妻氏名： _____ (自署)

夫（パートナー）氏名： _____ (自署)