

特例精子保存期間更新同意書

今回対象となる凍結精子は以下の通りです。(クリニック記入欄)

凍結年月日	年	月	日	(No. _____)	_____本
凍結年月日	年	月	日	(No. _____)	_____本
凍結年月日	年	月	日	(No. _____)	_____本
<u>合計</u>					<u>本</u>

○新たな保存期間○

_____年 月 日 ~ _____年 月 日まで

[同意事項]

1. 特例の凍結精子の保存期間は、保存期間満了日より1年間更新です。
(例：満了日が2018年10月1日であれば、新たな保存期間は2019年10月1日までと変わります。)
2. 更に保存期間を更新する場合は、新たな保存期間内に来院し、更新の手続きを行うことが必要です。3ヶ月過ぎても更新の手続きがない場合には廃棄となります。
3. 更新費用は、手続き日時点での料金となります。当院ホームページにて最新の料金表を確認してください。
(当院の料金体制は予告なく変更することがあります。)
4. 保管期間中に当院から連絡事項がある場合は、連絡してもよろしいでしょうか？
⇒ (はい or いいえ) ○を付けてください。
5. その他の重要事項は、「精子凍結に関する説明書」の内容に準じます。

東京衛生病院附属めぐみクリニック 院長 吉井 紀子 殿

私たち夫婦は、貴院にて現在保存中の凍結精子の保存期間が満了するため、自身で保管している「精子凍結に関する説明書」および上記の内容を十分理解した上で、凍結精子の保存期間を更新することに同意します。

同意年月日 西暦 _____年 月 日

住所：〒 _____

妻 氏名 (自署) _____ (診察券番号 _____)

夫 氏名 (自署) _____ (診察券番号 _____)

連絡可の場合 () (電 話： _____)
(メール： _____)

説明者： _____