

凍結胚保存期間更新同意書

今回対象となる凍結胚は以下の通りです。(クリニック記入欄)

凍結年月日 年 月 日 (No.) _____ 個

凍結年月日 年 月 日 (No.) _____ 個

凍結年月日 年 月 日 (No.) _____ 個

合計 _____ 個

○新たな保存期間○

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 まで

〔同意事項〕

- 凍結胚の保存期間は、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。)
- 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となります。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。
※当院から「次回の更新時期のお知らせ」は致しませんので、保存期間はご自身で管理してください。
- 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。)
- 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。
- その他の重要事項は、「胚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胚の保存期間が満了するため、自身で保管している「胚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、凍結胚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： _____