

凍結胚保存期間更新同意書

東京衛生アドベンチスト病院附属めぐみクリニック

院長 吉井 紀子 殿

〔確認事項〕

- 今回の手続きにより凍結胚の保存期間が1年延長されます。
 - 保存期間中に住所、電話番号の連絡先に変更が生じた場合は、速やかに当院へお知らせください。
 - 次回の保存期間満了日までに、更新または廃棄いずれかの手続きが必要となります。
 - 更新希望の場合：「凍結胚保存期間更新同意書」の提出及び更新費用のお支払いをもって手続き完了となります。
 - 廃棄希望の場合：原則来院していただき、医師と対面にて廃棄の意思確認をしたうえで、「凍結胚廃棄同意書」の提出をもって手続き完了となります。
- ※ 当院から次回の保存期間の期限の連絡はいたしません。保存期間はご自身で管理してください。
- ※ 当院の定める最長保存期間を超えての更新はできません（女性の年齢が満50歳を超えた年）。
- ※ 保存期間満了日までに上記手続きが完了しなかった場合、更新/廃棄の希望や超過日数に関わらず延滞料が発生します。
- 保存期間満了日より3ヶ月を経過しても患者様側からのご連絡がなく、当院からも連絡が取れなかった場合は、意思確認不可と判断します。それ以降は凍結胚を治療に用いることはできず、当院の判断で廃棄することもあります。
 - 保存期間内であっても婚姻関係が解消された場合、ご夫婦どちらか一方が死亡または行方不明になった場合は、保存している全ての凍結胚は廃棄となります。
 - 天災や火災、不慮の事故、その他不測の事態により、凍結胚の損傷・紛失が生じた場合は免責とさせていただきます。
 - 凍結融解胚移植を行う場合には、移植周期毎にご夫婦の同意が必要となります。
 - 融解後の胚の状況によっては、胚移植が中止になる可能性があります（融解後の胚の回復不良や変性の場合など）。
 - 更新費用は予告なく変更することがあります。当院ホームページにて最新の料金表をご確認ください。

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うえで、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)

ご夫婦の連絡先をご記入ください

妻	電話： _____	メール： _____
夫	電話： _____	メール： _____

今回対象となる胚は、以下の通りです〔クリニック記入欄〕

凍結年月日	年	月	日（凍結番号)	_____	個			
凍結年月日	年	月	日（凍結番号)	_____	個			
凍結年月日	年	月	日（凍結番号)	_____	個	合計	_____	個

新たな保存期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

受理日：来院・郵送 _____ 受取者： _____ 培養室：

控え