

凍結保存終了同意書〔胚・卵子・SEET液〕

【患者様控え】

高橋ウイメンズクリニック 院長 殿

私たちは、貴院にて〔西暦 年 月 日〕に凍結している

※凍結日をご記入ください。

〔 胚 ・ 卵子 ・ SEET 液 〕について保存終了することを希望します。

※検体の種類のいずれかを○で囲んでください。

下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。

1) 同意書の提出後に凍結検体は、速やかに保存終了すること。

2) 保存終了した検体の提供について

次の目的のため、皆様の貴重な検体を提供していただきますようご理解とご協力をお願いします。

1.胚培養士の技術向上と習得のため

2.生殖医学の進歩に貢献する研究のため

☐ 提供します☐ 提供しません

※レ点のご記入がない場合は、ご承諾いただいたと判断いたします。

施設責任者（説明者） 高橋 敬一

同意年月日： 20 年 月 日

*下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒

電話番号：

ご 本 人氏名(自署)：

診察券番号(

パートナー氏名(自署)：

診察券番号(

* ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名（自署）：

(本人との続柄：

親権者または代理人の住 所：〒

親権者または代理人の電話番号：

凍結保存終了同意書〔胚・卵子・SEET液〕

【医療機関提出】

高橋ウイメンズクリニック 院長 殿

私たちは、貴院にて〔西暦 年 月 日〕に凍結している

※凍結日をご記入ください。

〔 胚 ・ 卵子 ・ SEET 液 〕について保存終了することを希望します。

※検体の種類のいずれかを○で囲んでください。

下記内容をご確認いただき、質問や再確認したいことがなければご署名ください。

1) 同意書の提出後に凍結検体は、速やかに保存終了すること。

2) 保存終了した検体の提供について

次の目的のため、皆様の貴重な検体を提供していただきますようご理解とご協力をお願いします。

1.胚培養士の技術向上と習得のため

2.生殖医学の進歩に貢献する研究のため

☐ 提供します☐ 提供しません

※レ点のご記入がない場合は、ご承諾いただいたと判断いたします。

施設責任者（説明者） 高橋 敬一

同意年月日： 20 年 月 日

*下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒

電話番号：〒

ご 本 人氏名(自署)： 診察券番号()

パートナー氏名(自署)： 診察券番号()

* ご本人が未成年・未婚・病気治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名（自署）： (本人との続柄：)

親権者または代理人の住 所：〒

親権者または代理人の電話番号：〒

保存終了手続きのご案内

保存期限日までに、終了同意書をご郵送ください。同意書を提出していただいていない場合には、**延長費用を頂戴いたします**のでご注意ください。

同意書の記入見本

凍結保存終了同意書 (胚・卵子)

高橋ウイメンズクリニック

凍結日を記入

私たちは、貴院にて〔西暦 **2022** 年 **4** 月 **10** 日〕に凍結している
※凍結日を記入してください。

〔**胚**・**卵子**〕について保存終了することを希望します。
※凍結体の種類を○印を付けてください。

いずれかを○で囲んでください

とがなければご署名ください。

1) 同意書の提出後に凍結機体は、速やかに保存終了すること。

2) 保存終了した機体の提供について

次の目的のため、皆様の貴重な胚を提供していただきますようご理解とご協力をお願いします。

1. 胚培養士の技術向上と習得のため

2. 生殖医学の進歩に貢献する研究のため

☒ 提供します ☐ 提供しません
※レ点のご記入がない場合は、○印を付けていただくと判断いたします。

いずれかにレ点を記入

同意年月日： 20**23**年**3**月**30**日 ※下記住所、電話番号にご連絡する場合があります。

住 所：〒260-0000 千葉市中央区～

電話番号：043-243-8024

ご本人氏名(自署)：高橋 花子 診察券番号(12345)

パートナー氏名(自署)：高橋 太郎 診察券番号(12346)

※ご本人が未成年・未婚・病氣治療のために凍結保存をした方は、以下をご記入ください。

親権者または代理人氏名(自署)：高橋 次郎 (本人との続柄：父)

親権者または代理人の住 所：〒260-0000 千葉市中央区～

親権者または代理人の電話番号：090-0000-0000

必ずご記入ください

- 同意年月日
- 住所
- 電話番号
- 氏名 ***必ず自署**
- 診察券番号

次の方は必ずご記入ください

- 未成年の方
- 未婚の方
- 病氣治療中の方

同意書の提出

【医療機関提出】同意書をラボ課宛てにご郵送ください。

送付先 〒260-0028
 千葉市中央区新町 18-14 千葉新町ビル 6F
 高橋ウイメンズクリニック ラボ課宛

メール受信に関するお願い

手続きが完了しましたら、当院から完了のご案内をメール送信していますが、患者様が**受信できないケースが多発**しております。

予約システム @link に登録のメールアドレスについて確認をお願いいたします

- ① 現在も使用していますか
- ② @icloud.com ドメインの場合、他のドメインに変更してください
- ③ 通知設定を『プッシュ通知』『メール通知』を「許可」で設定ください

※アプリを開く→画面右上  →通知設定→通知を ON

