

凍結胚（受精卵）延長保存・廃棄同意書

メディカルパーク横浜院長 殿

私は下記の事項において同意のもと、凍結保存胚について手続き致します。

1. 保険での保存期間は、最長3年間となります。
自費での保存期間は、女性が生殖年齢を超えない限りとし、特に期間は定めません。
2. 自費での凍結の保存管理料については、凍結を行った日より1年後から発生し、自費から保険に切り替えた場合は、該当日から1年後に保存管理料が発生致します。
3. 凍結の管理料は、保険：10,500円、自費：38,000円となります。
4. 原則、1年以上未納となった場合は、胚を廃棄させていただきますので、ご了承下さい。
5. 住所、連絡先などを変更された場合には、当院までお知らせ下さい。
6. 凍結胚の持ち出しは安全管理の面からお断りしております。

凍結年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

凍結延長希望（保険）

凍結延長希望（自費）

凍結保存されている凍結胚について1年間の凍結延長に同意します。

～凍結管理料金お支払い完了日～

年 _____ 月 _____ 日 ※必ずご記入下さい。

廃棄希望

凍結保存されている凍結胚の廃棄に同意します。

※ またその際、廃棄となる凍結胚を不妊治療の発展を目的とした研究用・培養士の技術向上のために使用する場合がございます。

※ 一度廃棄希望された胚の撤回は受けかねますのでご注意ください。

(〒 _____) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 _____

連絡先 _____

夫氏名（自署） _____ （診察券番号： _____）

妻氏名（自署） _____ （診察券番号： _____）

スタッフ使用欄

凍結No. _____ / _____

婦人科



MEDICAL PARK YOKOHAMA

メディカルパーク横浜

治療計画同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日