

## 凍結胚、凍結卵子、凍結精子の保存期間更新に関するご案内・同意書

貴殿の、以下の周期にて得られた凍結胚等の今後の取り扱いについて、レ点をお願いいたします。  
更新希望はいつでも変更可能です。廃棄希望の場合においては一年以内であれば変更可能です。

凍結期限日は、初回「胚凍結保存管理料（導入時）」を算定した日から1年後以降毎年です。

記入日：	年	月	日	今後の取り扱い
20	年	月の採卵分：	<input type="checkbox"/> 凍結胚/ <input type="checkbox"/> 卵子	残 個（本） <input type="checkbox"/> 更新希望 or <input type="checkbox"/> 廃棄希望
20	年	月の採卵分：	<input type="checkbox"/> 凍結胚/ <input type="checkbox"/> 卵子	残 個（本） <input type="checkbox"/> 更新希望 or <input type="checkbox"/> 廃棄希望
20	年	月の採卵分：	<input type="checkbox"/> 凍結胚/ <input type="checkbox"/> 卵子	残 個（本） <input type="checkbox"/> 更新希望 or <input type="checkbox"/> 廃棄希望
	年	月の採取分：	<input type="checkbox"/> 凍結精子	（残 本） <input type="checkbox"/> 更新希望 or <input type="checkbox"/> 廃棄希望

住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
アパート/マンション名/部屋番号（必ずご記入下さい）

\_\_\_\_\_  
携帯電話番号： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

\_\_\_\_\_  
氏名（本人）： \_\_\_\_\_（ID 番号： \_\_\_\_\_）

\_\_\_\_\_  
氏名（パートナー）： \_\_\_\_\_

### 〈注意事項〉

- ・ご署名は各々 **自筆** をお願いいたします。
- ・お手数ではございますが、生殖医療部宛に本書類を、ご持参、または郵送もしくは下記のメールアドレス宛てにメール添付にてご返送下さい。
- ・**廃棄希望の場合**においても書類は、必ずご提出、もしくは郵送やメール添付でご返送下さい。
- ・患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。
- ・治療中断に伴い継続更新を行った後、治療再開不可/廃棄希望となった場合においても、それまでに発生した更新費用は、請求させていただきます。
- ・更新時に **43 歳以上もしくは凍結卵子、凍結精子**の更新希望の場合は、請求書を郵送させていただきます。
- ・**凍結日、残本数等**ご不明な点がございましたら、下記連絡先までメール/お電話にてご連絡ください。

〒683-0008 鳥取県米子市車尾南 2-1-1

医療法人社団 ミオ・ファティリティ・クリニック

生殖医療部 湯本 啓太郎 音田 純子

E-mail：mfc-ict@mfc.or.jp

TEL：0859-35-5218