

凍結保存検体（胚・精子・未受精卵）移送

同意書（患者さま控え）

医療法人 木下レディースクリニック

理事長 木下 孝一 殿

- 私たちは、医療法人木下レディースクリニックにて凍結保存中の（胚・精子・未受精卵）を
移送先施設名) _____ に移送し
移送先施設にて治療を受けることを希望いたします。
- 私たちは、凍結保存（胚・精子・未受精卵）の移送に関するリスクについて十分な説明を受けました。
- 私たちは自らの意志に基づき、夫婦合意の下、下記の内容について十分に理解し、遵守することを承諾した
上で移送を希望いたします。
- 凍結保存（胚・精子・未受精卵）は移送先施設での治療にのみ使用します。
 - 凍結保存（胚・精子・未受精卵）の取り扱いは、本人及び配偶者、または、当院、移送先施設の指定した業者のみとし、移送時の事故・災害などにより生じた凍結保存（胚・精子・未受精卵）の損傷・変性・紛失などに対し、貴院に一切の責任を問いません。
 - 移送先施設における凍結保存（胚・精子・未受精卵）の融解により生じた損傷・変性などに対し、貴院に一切の責任を問いません（これらが移送先施設の医師等の手技、設備その他移送先施設に起因又は関連する場合を含みます。）。

年 月 日

妻 診察券番号 _____

氏名 _____ 印

夫 診察券番号 _____

署名・印鑑は別

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

ご夫婦それぞれで署名していること、捺印も別の印鑑であることを確認いたします。

署名・捺印がないものは、有効ではありません。お忘れのないようお願いいたします。

凍結保存検体（胚・精子・未受精卵）移送

同意書（提出用）

医療法人 木下レディースクリニック

理事長 木下 孝一 殿

- 私たちは、医療法人木下レディースクリニックにて凍結保存中の（胚・精子・未受精卵）を
移送先施設名） _____ に移送し
移送先施設にて治療を受けることを希望いたします。
- 私たちは、凍結保存（胚・精子・未受精卵）の移送に関するリスクについて十分な説明を受けました。
- 私たちは自らの意志に基づき、夫婦合意の下、下記の内容について十分に理解し、遵守することを承諾した
上で移送を希望いたします。

- 凍結保存（胚・精子・未受精卵）は移送先施設での治療にのみ使用します。
- 凍結保存（胚・精子・未受精卵）の取り扱いは、本人及び配偶者、または、当院、移送先施設の指定した業者のみとし、移送時の事故・災害などにより生じた凍結保存（胚・精子・未受精卵）の損傷・変性・紛失などに対し、貴院に一切の責任を問いません。
- 移送先施設における凍結保存（胚・精子・未受精卵）の融解により生じた損傷・変性などに対し、貴院に一切の責任を問いません（これらが移送先施設の医師等の手技、設備その他移送先施設に起因又は関連する場合を含みます。）。

年 月 日

妻 診察券番号 _____

氏名 _____ 印

夫 診察券番号 _____

署名・印鑑は別

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

ご夫婦それぞれで署名していること、捺印も別の印鑑であることを確認いたします。

署名・捺印がないものは、有効ではありません。お忘れないうようお願いいたします。

凍結保存検体（胚・精子・未受精卵）移送

見本

医療法人 木下レディースクリニック

理事長 木下 孝一 殿

- 私たちは、医療法人木下レディースクリニックにて凍結保存中の（胚・精子・未受精卵）を
移送先施設名）○○○クリニック に移送し
移送先施設にて治療を受けることを希望いたします。
- 私たちは、凍結保存（胚・精子・未受精卵）の移送に関するリスクについて十分な説明を受けました。
- 私たちは自らの意志に基づき、夫婦合意の下、下記の内容について十分に理解し、遵守することを承諾した
上で移送を希望いたします。
4. 凍結保存（胚・精子・未受精卵）は移送先施設での治療にのみ使用します。
5. 凍結保存（胚・精子・未受精卵）の取り扱いは、本人及び配偶者、または、当院、移送先施設の指定した業
者のみとし、移送時の事故・災害などにより生じた凍結保存（胚・精子・未受精卵）の損傷・変性・紛失な
どに対し、貴院に一切の責任を問いません。
6. 移送先施設における凍結保存（胚・精子・未受精卵）の融解により生じた損傷・変性などに対し、貴院に一
切の責任を問いません（これらが移送先施設の医師等の手技、設備その他移送先施設に起因又は関連する場
合を含みます。）。

年 月 日

妻 診察券番号 _____

氏名 _____ 印

夫 診察券番号 _____

署名・印鑑は別

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

ご夫婦それぞれで署名していること、捺印も別の印鑑であることを確認いたします。

署名・捺印がないものは、有効ではありません。お忘れのないようお願いいたします。

↑↑折り線-3

のりしろ-5

2-線(折)↓

6008031

お手数ですが
必要金額分の
切手を
お貼り下さい

京都ーV F クリニック

京都市下京区寺町通四條下る貞安前之町613番
火除天満宮東風館ビル4階・5階

凍結管理担当
行

のりしろ-7

↑↑折り線-1

のりしろ-7

のりしろ-4

1-線(折)↓

のりしろ-7