

院長	受付①	受付②	培養①	培養②

凍結胚の更新/廃棄依頼書

A R T女性クリニック院長 小山伸夫 殿

私達夫婦は、体外受精、顕微授精治療において生じた余剰胚を凍結（または保存期間の延長更新）し、1年が経過しました。

この度、凍結胚の凍結保存期間の 更新・廃棄・一部更新 を依頼いたします。

(記入日) 年 月 日

患者様住所

妻 ID: 氏名 印 (自署の場合は押印不要)
夫 ID: 氏名 印 (自署の場合は押印不要)

採卵日	凍結日	Day	No,	色	グレード	保存期限日	更新	廃棄

○郵送による更新を希望します

この度、窓口での更新手続きを行わず、郵送による更新を行う為、貴院からの更新代金・振込先をメールで受信する際、以下のメールアドレスへの送信を望みます。

○保険による更新を希望します。

保険治療計画証明

この度、凍結胚の保存期間の延長をするにあたり、保険での更新を希望します。

(医師記入欄)

フローチャートを患者様と確認し、保険による更新が可能であることを証明する。

年 月 日

医師名 : _____