

凍結胚の更新/廃棄依頼書の記入方法

該当するものに○をつけて下さい。

記入年月日・現在住まれている住所・ご夫婦の名前・IDをご記入下さい。もし住所等に変更があった際は当院にご連絡下さい。

更新月にあたる凍結胚を記入して頂きます。お手元に凍結胚保存状況証明書をご準備して頂き、更新月にあたる凍結胚の必要項目を全て記入して頂き、『更新』『廃棄』のどちらかに○を記入して下さい。もし、凍結胚が多く、記入欄が足りない場合はもう一部この依頼書を用意して下さい。2枚目には記入日・ご夫婦の名前・IDの記入が必要です。

凍結保存胚の更新/廃棄依頼書

ART女性クリニック 山本伸夫 院長
私達夫婦は、体外受精・顕微鏡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事項）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。

更新 ○ 廃棄 ○ 一部更新 ○

患者様住所 (記入日) 年 月 日

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	保存期限月	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付を望みます。

保険による更新を希望します。

保険治療計画証明

この度、凍結胚の保存期限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事を証明する。
年 月 日

医師名: _____

(お手続きにはこの紙と同意書の2枚が必要となります。) 医-20221110

凍結胚保存状況証明書 2024/01/01

1005 テスト カンジャ7 様

※凍結胚の更新は1年に1回となります。保存期限月になりましたら患者様ご自身で更新のお手続きをお願い致します。当院からのお知らせは申しませんのでご注意ください。保存期限内にお手続きがない場合は、凍結保存物の所有権は放棄されたものとみなし、当院所有となります。

胚本数 3 本 胚数総計 3 個

採卵日	凍結日	Day	No.	色	グレード	保存期限
2020/07/17	2020/07/22	5	1	R	4AA	2024/07/22
2023/02/10	2023/02/15	5	1	W	4AB	2024/02/15
2023/02/10	2023/02/15	5	2	B	4AC	2024/02/15

もし保存期限月が別々の凍結胚を所持している場合は、更新月に当たる凍結胚のみご記入下さい。

自費で更新し、書類を郵送される方は、この依頼書が当院に届き次第「更新代金・振込先」をメールにてお知らせ致します。その際に連絡のつくメールアドレスをご記入下さい。

また、迷惑メール防止フィルターを利用されている方は当院のメールアドレス ARTCL.cryo@gmail.com を事前に登録をしておいて下さい。

当院のメールアドレスはHPの『通院中の方へ』→『更新手続きについて』にも載せてありますので、そちらからコピーも可能です。

また、当院の住所は 〒862-0955 熊本県熊本市東区神水 25-18 です。こちらに依頼書・同意書を郵送して下さい。

○窓口にてお手続きされる方は記入不要です。

保険で更新予定の方は医師のサインが必要となります。この依頼書を診察時に医師に提出していただき、医師とフローチャートを一緒に確認し、保険による更新が適応される場合のみ医師からサインがあります。

医師のサインをもらったら、同意書と一緒に会計時に窓口へご提出下さい。

○自費による更新予定の方は記入不要です。