

# 凍結精子の更新/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・ご本人、配偶者の名前・IDをご記入下さい。  
住所等に変更があった際は当院にご連絡下さい。  
また、ご本人が未成年の場合は親権者の方のサイン・本人との続柄の記入も必要となります。  
配偶者がいない場合は記入不要です。

凍結精子保存状況証明書 2024/01/01

1645    テスト    カンジャ4    様

凍結精子の更新は1年に1回となります。保存期限用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ございませんのでご注意ください。保存期限月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。

残数総合計    5    本

No	凍結日	精子種類	凍結本数	保存期限
1	2021/06/10	射出	1 本	2024/06/10
2	2021/06/16	射出	1 本	2024/06/16
3	2021/06/20	射出	1 本	2024/06/16
4	2021/07/09	射出	1 本	2024/07/09
5	2021/10/10	射出	1 本	2024/10/10

お手元に凍結精子保存状況証明書をご準備して頂き、該当する項目をご記入ください。

○全て更新、または全て廃棄の場合；  
凍結日をご記入ください。

○一部更新、一部廃棄の場合；  
凍結日と更新する本数、廃棄する本数をご記入ください。

どの凍結精子を更新・廃棄するかは、培養士で状態の良い方を更新します。更新・廃棄にご要望がある場合は当院までご連絡をお願いいたします。

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いたします。

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](mailto: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。

凍結精子の更新/廃棄依頼書

ART女性クリニック院長 中村 敬

私は、精子を凍結（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 **更新・廃棄・一部更新** を依頼いたします。  
(いずれかに○をつけて下さい)

○すべて更新の場合  
\_\_\_\_\_年 月 日に凍結保存した凍結精子をすべて更新いたします。

○すべて廃棄の場合  
\_\_\_\_\_年 月 日に凍結保存した凍結精子をすべて廃棄いたします。

○一部更新、一部廃棄の場合  
\_\_\_\_\_年 月 日に凍結保存した凍結精子を、\_\_\_\_\_本更新、\_\_\_\_\_本廃棄いたします。

患者様住所 (記入日) \_\_\_\_\_年 月 日

本人 ID: \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署の場合は押印不要)

配偶者 ID: \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署の場合は押印不要)

\*本人が未成年の場合  
(本人との続柄: \_\_\_\_\_) 親権者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署の場合は押印不要)

○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ため、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。  
保険治療計画証明書  
この度、凍結胚の保存期限の延長をすにあたり、保険での更新を希望します。  
(医師記入欄)  
\_\_\_\_\_年 月 日 保険による更新が可能であることを証明する。  
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-20240807

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、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。