

凍結胚保管の更新書



現在

まで更新手続き済

に凍結保存した凍結胚 _____ 個に関し、以下の申請をします。

要記入

松田ウイメンズクリニック 院長 松田和洋殿

貴院に預けている凍結胚の保管について

保管延長 ・ **中止** を希望します

(赤字のどちらかに必ず○をしてください)

以下の□のついた項目の全てに記入が必要です。

↓患者□欄(各項目の記載を確認後、□にチェック□を入れてください)

☐ 記入日 西暦 年 月 日

☐ 住所

☐ TEL

☐ 妻氏名 (自署) 印

☐ 夫氏名 (自署) 印

署名が揃わない方は以下にチェックしてください。(別居は理由に含まれません)

下記の理由により妻または夫署名が空欄となっています

☐ 離婚

☐ 死別

署名・捺印について；必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いいたします。

ご自身以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

保管中止の方はよろしければ理由をお聞かせください(複数選択可)

☐ 夫婦で希望する家族の人数になったため

☐ 現在の子育てが負担で次の出産を望めない

☐ 凍結胚の胚質が低い

☐ 夫婦で治療への意見が一致しなかった

☐ 現在いる子供との年齢差が気になる

☐ 凍結保存期間の影響がないか不安がある

☐ 毎年の保管料が経済的に負担である

☐ 治療の再開が心理的に負担である

☐ 治療の再開が経済的に負担である

☐ 出産時の妻の年齢が気になる

☐ 出産時の夫の年齢が気になる

☐ その他

自由記載欄

松田ウイメンズクリニック

〒892-0844

鹿児島市山之口町1-10鹿児島中央ビル3F

TEL 099-224-4124

【書類No. BF-4】