

凍結胚保存期間延長または廃棄に関する同意書

おおのレディースクリニック 院長殿

私たち夫婦は、下記の事項と別紙「凍結日より 1 年後に保存している凍結胚がある場合の手続きについて」の内容に同意のもと、保存している凍結胚について手続きいたします。

<凍結胚の保存期間延長を希望する場合>

- ・凍結胚の保存は女性の生殖年齢を超えない期間とし、1 年毎に延長手続きをおこなうものとします。
- ・凍結胚の保存期間延長にかかる凍結胚保存管理料は、保険診療(10,500 円/年)または自費診療(33,000 円/年)となります。

※保険診療、自費診療のどちらか該当する方にを付け、署名・捺印の上、診察時間内にお越しください。なお、保険診療で凍結胚の保存期間延長の手続きをされる場合は、ご夫婦で医師の診察を受ける必要があります。また、保険診療の場合、保存期間延長の手続きを凍結胚保存期限日より前におこなうことはできません。

下記のいずれか一つでも点がない(条件を満たさない)場合は自費診療での凍結胚保存期間延長となります。該当するものにを付けてください。

- 保険適用の要件をすべて満たしていること。
 - ・凍結胚保存期間延長の申請日の時点で女性の年齢が43歳未満である。
 - ・保険診療の回数制限の上限に達していない。
- 妊娠中ではないこと。※ここでの「治療」とは、凍結保存している胚を保険診療にて移植するために通院中であることをさします。
- 凍結胚保存期限日より2か月前の時点で治療中[※]であること。
または、治療を中断していたが、凍結胚保存期限日よりさかのぼって2か月以内に受診し、治療を再開していること。(該当する場合の受診日:令和 年 月 日)
- 凍結胚保存期限日(令和 年 月 日)より3か月以内に胚移植をすること。

保険診療 (10,500 円/年)

自費診療 (33,000 円/年)

上記項目すべてに当てはまる場合はこちらにをつけてください

上記項目のどれかひとつでも当てはまらない場合はこちらにをつけてください

<凍結胚の廃棄を希望する場合>

ご夫婦より廃棄の申し出があった場合、離婚や配偶者の死去の場合、女性の生殖年齢を超えた場合には、凍結胚を廃棄します。一度廃棄を希望された場合、撤回はできませんのでご注意ください。

廃棄

| | | | |
|--------------|---|---|-----|
| 胚保存開始日 | 年 | 月 | 日 |
| 申請年月日： 年 月 日 | | | |
| 住所： 〒 | | | |
| 電話番号： | | | |
| 妻 氏名(自署)： | | | (印) |
| 夫 氏名(自署)： | | | (印) |

記入例

凍結胚の保存延長をご希望の方は、当てはまる箇所に☑をつけてください。

「治療を中断していたが…治療を再開していること。」に続く、「該当する場合の受診日」は、凍結胚保存期限日よりさかのぼって2か月以内に、治療再開のために受診した日付(複数日ある場合は初回目)を記入してください。

「保険診療」と「自費診療」のいずれか当てはまる方に☑をつけてください。

上記チェック欄で、すべてに☑がついた場合は保険診療での保存延長、いずれかひとつでも☑がつかない場合は自費診療での保存延長となります。

凍結胚の廃棄を希望される方は「廃棄」に☑をつけてください

1 胚を凍結した日を記入してください。(別紙「凍結日より1年後に保存している凍結胚がある場合の手続きについて」の1ページ目上部に記載してあります。)

2 申請年月日は、この同意書を記入した日付です。

3 住所は現住所を記入してください。電話番号は連絡が取れる電話番号を記入してください。氏名の欄は奥様とご主人それぞれ自署にて記入し、印鑑を押してください。

凍結胚保存期間延長または廃棄に関する同意書

おおのレディースクリニック 院長殿

私たち夫婦は、下記の事項と別紙「凍結日より1年後に保存している凍結胚がある場合の手続きについて」の内容に同意のもと、保存している凍結胚について手続きいたします。

<凍結胚の保存期間延長を希望する場合>

- ・凍結胚の保存は女性の生殖年齢を超えない期間とし、1年毎に延長手続きをおこなうものとします。
 - ・凍結胚の保存期間延長にかかる凍結胚保存管理料は、保険診療(10,500円/年)または自費診療(33,000円/年)となります。
- ※保険診療、自費診療のどちらか該当する方に☑を付け、署名・捺印の上、診察時間内にお越しください。なお、保険診療で凍結胚の保存期間延長の手続きをされる場合は、ご夫婦で医師の診察を受ける必要があります。また、保存期間延長の手続きは、凍結胚保存期限日より前にはおこなえません。

下記のいずれか一つでも☑点がない(条件を満たさない)場合は自費診療での凍結胚保存期間延長となります。該当するものに☑を付けてください。

- 保険適用の要件をすべて満たしていること。
 - ・凍結胚保存期間延長の申請日の時点で女性の年齢が43歳未満である。
 - ・保険診療の回数制限の上限に達していない。
 - 妊娠中ではないこと。
 - 凍結胚保存期限日より2か月前の時点で治療中であること。
または、治療を中断していたが、凍結胚保存期限日よりさかのぼって2か月以内に受診し、治療を再開していること。(該当する場合の受診日: 令和 年 月 日)
 - 凍結胚保存期限日(令和 年 月 日)より3か月以内に胚移植をすること。
- 保険診療 (10,500円/年) 自費診療 (33,000円/年)

上記項目すべてに当てはまる場合はこちらに☑をつけてください

※ここでの「治療」とは、凍結保存している胚を保険診療にて移植するために通院中であることをさします。

上記項目のどれかひとつでも当てはまらない場合はこちらに☑をつけてください

<凍結胚の廃棄を希望する場合>

ご夫婦より廃棄の申し出があった場合、離婚や配偶者の死去の場合、女性の生殖年齢を超えた場合には、凍結胚を廃棄します。一度廃棄を希望された場合、撤回はできませんのでご注意ください。

廃棄

| | | | | |
|---|-----------|---|---|---|
| 1 | 胚保存開始日 | 年 | 月 | 日 |
| 2 | 申請年月日: | 年 | 月 | 日 |
| 3 | 住所: | 〒 | | |
| | 電話番号: | | | |
| | 妻 氏名(自署): | Ⓜ | | |
| | 夫 氏名(自署): | Ⓜ | | |