

【凍結胚・凍結精子・凍結卵子保存の更新又は、破棄のご案内】

現在お預かりしている凍結(胚・精子・卵子)は、1年毎にご自身でお手続きが必要です。

・更新及び破棄、いずれの場合も必ず保存期限が切れる前にお手続き下さい。

(当院からの更新のお知らせはございませんので、患者様ご自身での管理をお願い致します)

・保存期間内にお手続きがない場合は、保存期間終了から3ヶ月で破棄のご意思と判断させて頂くとともに、管理終了月から破棄までの管理費用として保存期間延長代をご請求させて頂く場合がございます。また期限内の手続きがなされなかった際の、胚等が破棄済みだった場合の異議申し立てについては一切受け付けておりませんので、ご了承ください。

・申込書及び同意書は当院ホームページより、ダウンロードすることができます。

・申込書及び同意書は凍結胚・凍結精子・凍結卵子の3種類ございます。該当するものを印刷しご使用ください。

・凍結周期の異なるものについては凍結周期ごとでのお手続きが必要となりますので、ご注意ください。

◆更新お手続き方法

【ご来院の場合】

必ず事前にご連絡の上、「(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の保存期限更新に関する申込書」(署名済)と更新料をご持参下さい。(受付時間 9:00~17:00)

【現金書留の場合】

「(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の保存期限更新に関する申込書」(署名済)と更新料を現金書留にて当院宛にご郵送下さい。

【銀行振込+申込書郵送の場合】

下記口座に更新料をお振込みいただいた後、別途必ず「(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の保存期限更新に関する申込書」(署名済)も当院宛にご郵送下さい。

三菱 UFJ 銀行 麻布支店
普通口座:0336021
医療法人社団 翔智会
理事長 山中 智哉

○更新費用(税込)
凍結胚更新料 (1年) ¥33,000
凍結精子更新料 (1年) ¥11,000
凍結卵子更新料 (1年) ¥55,000

◆破棄のお手続き方法

「(凍結胚・凍結精子・凍結卵子のうち該当するものいずれか)の破棄同意書」に署名、凍結番号(9桁)を必ず記入し、当院宛にご郵送、もしくはご来院下さい。

※ご郵送の場合、手続き完了の連絡は差し上げておりませんので、領収書が必要な方は返信用封筒(切手貼付)をご同封お願いします。

※ご署名は、必ずご夫婦それぞれご本人が直筆でご署名をお願い致します。

○郵送先

〒106-0045 東京都港区麻布十番 1-5-18 カートプラン麻布十番 3階・5階
麻布モンテアールレディースクリニック 受付宛

【更新期限等ご不明な点がございましたら、こちらまでお問い合わせ下さい】

TEL:03-6804-3208

※なお、本紙とお手続きに行き違いが生じた際は、何卒ご容赦ください。

【凍結胚の保存期限更新に関する申込書】

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私たち夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の

【保存期限： _____ 年 _____ 月末日】の【凍結胚】の【保存期限の1年延長】を申し込みいたします。

① 同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 住 所： 〒 _____

③ 電話番号： _____

④ 妻) I D： _____

氏 名： (自署) _____

⑤ 夫) 氏 名： (自署) _____

⑥ 今回延長する胚凍結番号 (9桁)

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

(5) _____ (6) _____ (7) _____ (8) _____

(9) _____ (10) _____ (11) _____ (12) _____

(13) _____ (14) _____ (15) _____ (16) _____

(17) _____ (18) _____ (19) _____ (20) _____

合計 _____ 本

※胚凍結番号は「培養結果報告書」に記載してあります。

胚凍結番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせください。

※記入漏れ等がある場合には再度ご提出をお願いする場合がございます。

【凍結精子の保存期限更新に関する申込書】

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私たち夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の

【保存期限：_____年_____月末日】の【凍結精子】の【保存期限の1年延長】を申し込みいたします。

① 同意年月日： _____年 _____月 _____日

② 住 所： 〒 _____

③ 電話番号： _____

④ 妻) I D： _____

氏 名： (自署) _____

⑤ 夫) 氏 名： (自署) _____

⑥ 今回延長する凍結精子番号（9桁）

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

(5) _____ (6) _____ (7) _____ (8) _____

(9) _____ (10) _____ (11) _____ (12) _____

合計 _____ 本

※凍結精子番号は「精液検査結果報告書」に記載してあります。

凍結精子番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせ下さい。

※記入漏れ等がある場合には再提出をお願いする場合がございます。

【凍結卵子の保存期限更新に関する申込書】

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の

【保存期限：_____年_____月末日】の【凍結卵子】の【保存期限の1年延長】を申し込みいたします。

① 同意年月日： _____年 _____月 _____日

② 住 所： 〒 _____

③ 電話番号： _____

④ 患者 I D： _____

氏 名： (自署) _____

⑤ 今回延長する卵子凍結番号(9桁)

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

(5) _____ (6) _____ (7) _____ (8) _____

(9) _____ (10) _____ (11) _____ (12) _____

合計 _____ 本

※卵子凍結番号は「卵子凍結報告書」へ記載されております。

卵子凍結番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせください。

※記入漏れ等がある場合には再提出をお願いする場合がございます。

【凍結胚破棄同意書】

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私たち夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保管中の凍結胚破棄に同意いたします。

① 同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 住 所： 〒 _____

③ 電話 番 号： _____

④ 妻) I D : _____

妻) 氏 名： (自署) _____

⑤ 夫) 氏 名： (自署) _____

⑥ 破棄する胚凍結番号(9桁)【必ず記入をお願いします】

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

(5) _____ (6) _____ (7) _____ (8) _____

(9) _____ (10) _____ (11) _____ (12) _____

合計 _____ 本

廃棄する胚について、一部を今後の培養士の技術向上および不妊治療研究・解析の為に使用させていただきます場合があります。これらの取り扱いには個人を特定できる情報は含みません。これらの胚を用いた技術向上および研究使用に、

同意します

同意しません

(いずれかにチェックをお願いいたします。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。)

※胚凍結番号は「培養結果報告書」に記載してあります。

胚凍結番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせください。

※記入漏れなどがある場合には再度ご提出をお願いする場合がございます。

※署名は必ず自署にてお願いいたします。

【凍結精子破棄同意書】

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私たち夫婦は、麻布モンテアールレディースクリニックに保管中の凍結精子の破棄に同意いたします。

① 同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 住 所： 〒 _____

③ 電話番号： _____

④ 妻) I D : _____

氏 名： (自署) _____

⑤ 夫) 氏 名： (自署) _____

⑥ 破棄する精子凍結番号(9桁)【必ず記入をお願いします】

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

(5) _____ (6) _____ (7) _____ (8) _____

(9) _____ (10) _____ (11) _____ (12) _____

合計 _____ 本

廃棄する精子について、一部を今後の培養士の技術向上および不妊治療研究・解析の為に使用させていただく場合があります。これらの取り扱いには個人を特定できる情報は含みません。これらの胚を用いた技術向上および研究使用に、

同意します

同意しません

(いずれかにチェックをお願いいたします。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。)

※凍結精子番号は「精液検査結果報告書」に記載してあります。

凍結精子番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせ下さい。

※記入漏れなどがある場合には再度ご提出をお願いする場合がございます。

※署名は必ず自署にてお願いいたします。

【凍結卵子破棄同意書】

麻布モンテアールレディースクリニック 院長 殿

私は、麻布モンテアールレディースクリニックにて保管中の凍結卵子の破棄に同意いたします。

① 同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

② 住 所： 〒 _____

③ 電話番号： _____

④ 患者 ID： _____

⑤ 氏 名： (自署) _____

⑥ 破棄する卵子凍結番号(9桁) **【必ず記入をお願いします】**

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

(5) _____ (6) _____ (7) _____ (8) _____

(9) _____ (10) _____ (11) _____ (12) _____

合計 _____ 本

廃棄する卵子について、一部を今後の培養士の技術向上および不妊治療研究・解析の為に使用させていただく場合があります。これらの取り扱いには個人を特定できる情報は含みません。これらの卵子を用いた技術向上および研究使用に、

同意します

同意しません

(いずれかにチェックをお願いいたします。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。)

※卵子凍結番号は「卵子凍結報告書」に記載してあります。

卵子凍結番号がわからない場合は、当院(☎:03-6804-3208)にお問い合わせください。

※記入漏れなどがある場合には再度ご提出をお願いする場合がございます。

※署名は必ず自署にてお願いいたします。