2021 年 12 月 20 日 第二版

凍結胚の保存期間延長申請書

①診療録保管用

フェニックス アート クリニック 院長殿

私たちは貴院で保管中の凍結胚について、一年間、保存を延長することを依頼いたします。なお、胚の保存延長についての下記の事項および別紙の凍結保存物についての貴院の規定を十分に理解しており、この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。また、本治療経過中もしくは施行後のいかなる事態についても、事前に説明を 受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意いたします。

私たちは、凍結保存期限の延長を次回も希望する際は、次回の凍結保存期限日までに所定の手続きを行います。

□私たちは現在も婚姻関係を継続しています。

□私たちは婚姻届けを提出していませんが、現在もパートナー関係を継続しております。また、ほかに婚姻関係にある人はいません。

今回、以下の凍結物の保存延長を申請いたします。（①～⑤のいずれかを**〇で囲ってください。**）
※一部延長を希望される方は、特記事項に**保存延長を希望する胚**の詳細（胚のグレード等）をご記入ください。

① 凍結している全ての胚の保存延長を希望します。

② 　　年　　月　　日採卵分の胚 （ 全て ・ 　個）

特記事項（延長する胚の詳細）：

③ 　　年　　月　　日採卵分の胚 （ 全て ・ 　個）

特記事項（延長する胚の詳細）：

④ 　　年　　月　　日採卵分の胚 （ 全て ・ 　個）

特記事項（延長する胚の詳細）：

⑤ 　　年　　月　　日採卵分のＳＥＥＴ用メディウム （ 全て ・ 　本）

同意年月日：　　年　　月　　日

患者氏名（自署）：　　（ＩＤ：　　）

配偶者(パートナー)氏名(自署)：　　（ＩＤ：　　）

〒

住所：

※ご注意ください：お二人の自署が必要です。
記入漏れがある場合は、書類を受理できません。

2021 年 12 月 20 日 第二版

当院記入欄			
医師	事務	培養室	カルテ

凍結胚の保存期間延長申請書

②患者様控

フェニックス アート クリニック 院長殿

私たちは貴院で保管中の凍結胚について、一年間、保存を延長することを依頼いたします。なお、胚の保存延長についての下記の事項および別紙の凍結保存物についての貴院の規定を十分に理解しており、この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。また、本治療経過中もしくは施行後のいかなる事態についても、事前に説明を 受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意いたします。

私たちは、凍結保存期限の延長を次回も希望する際は、次回の凍結保存期限日までに所定の手続きを行います。

□私たちは現在も婚姻関係を継続しています。

□私たちは婚姻届けを提出していませんが、現在もパートナー関係を継続しております。また、ほかに婚姻関係にある人はいません。

今回、以下の凍結物の保存延長を申請いたします。（①～⑤のいずれかを**〇で囲ってください。**）

※一部延長を希望される方は、特記事項に**保存延長を希望する胚**の詳細（胚のグレード等）をご記入ください。

① 凍結している全ての胚の保存延長を希望します。

② 　　年　　月　　日採卵分の胚　（ 全て ・　個）

特記事項（延長する胚の詳細）：

③ 　　年　　月　　日採卵分の胚　（ 全て ・　個）

特記事項（延長する胚の詳細）：

④ 　　年　　月　　日採卵分の胚　（ 全て ・　個）

特記事項（延長する胚の詳細）：

⑤ 　　年　　月　　日採卵分のＳＥＥＴ用メディウム　（ 全て ・　本）

同意年月日：　　年　　月　　日

患者氏名（自署）：　　（ＩＤ：　　）

配偶者(パートナー)氏名(自署)：　　（ＩＤ：　　）

〒

住所：

※ご注意ください：お二人の自署が必要です。
記入漏れがある場合は、書類を受理できません。

当院記入欄			
医師	事務	培養室	カルテ
2			

021 年 12 月 20 日 第二版

凍結精子の保存延長申請書同意書

①診療録保管用

フェニックス アート クリニック 院長殿

私は貴院で保管中の凍結精子について、一年間、保存を延長することを依頼いたします。なお、精子の保存延長についての下記の事項および別紙の凍結保存物についての貴院の規定を十分に理解しており、この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。また、本治療経過中もしくは施行後のいかなる事態についても、事前に説明を受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意いたします。

私は、凍結保存期限の延長を次回も希望する際は、次回の凍結保存期限日までに所定の手続きを行います。

今回、以下の凍結物の保存延長を申請いたします。(①～④のいずれかを**〇で囲ってください。**)
※一部延長を希望される方は、特記事項に**保存延長を希望する精子**の本数をご記入ください

① 凍結している全ての精子の保存延長を希望します。

② 　　年　　月　　日凍結分の精子　(全て ・　本)

特記事項：

③ 　　年　　月　　日凍結分の精子　(全て ・　本)

特記事項：

④ 　　年　　月　　日凍結分の精子　(全て ・　本)

特記事項：

同意年月日：　　年　　月　　日

患者(男性)氏名（自署）：　　（ＩＤ：　　）

〒

住所：

※ご注意ください：記入漏れがある場合は、書類を受理できません。

当院記入欄			
医師	事務	培養室	カルテ
2			

021 年 12 月 20 日 第二版

凍結精子の保存延長申請書同意書

②患者様控

フェニックス アート クリニック 院長殿

私は貴院で保管中の凍結精子について、一年間、保存を延長することを依頼いたします。なお、精子の保存延長についての下記の事項および別紙の凍結保存物についての貴院の規定を十分に理解しており、この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。また、本治療経過中もしくは施行後のいかなる事態についても、事前に説明を受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意いたします。

私は、凍結保存期限の延長を次回も希望する際は、次回の凍結保存期限日までに所定の手続きを行います。

今回、以下の凍結物の保存延長を申請いたします。(①～④のいずれかを**〇で囲ってください。**)
※一部延長を希望される方は、特記事項に**保存延長を希望する精子**の本数をご記入ください

① 凍結している全ての精子の保存延長を希望します。

② 　　年　　月　　日凍結分の精子　(全て ・　本)

特記事項：

③ 　　年　　月　　日凍結分の精子　(全て ・　本)

特記事項：

④ 　　年　　月　　日凍結分の精子　(全て ・　本)

特記事項：

同意年月日：　　年　　月　　日

患者(男性)氏名（自署）：　　（ＩＤ：　　）

〒

住所：

※ご注意ください：記入漏れがある場合は、書類を受理できません。

当院記入欄			
医師	事務	培養室	カルテ

2021 年 12 月 20 日 第二版

凍結卵子の保存期間延長申請書

①診療録保管用

フェニックス アート クリニック 院長殿

私は貴院で保管中の凍結卵子について、一年間、保存を延長することを依頼いたします。なお、卵子の保存延長についての下記の事項および別紙の凍結保存物について、貴院の規定を十分に理解しており、この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。また、本治療経過中もしくは施行後のいかなる事態についても、事前に説明を受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意いたします。

私は、凍結保存期限の延長を次回も希望する際は、次回の凍結保存期限日までに所定の手続きを行います。

今回、以下の凍結物の保存延長を申請いたします。(①～④のいずれかを〇で囲ってください)
※一部延長を希望される方は、特記事項に**保存延長を希望する卵子**の詳細（個数等）をご記入ください

① 凍結している全ての卵子の延長を希望します。

② 　　年　　月　　日採卵分の卵子　（ 全て ・　個）

特記事項：

③ 　　年　　月　　日採卵分の卵子　（ 全て ・　個）

特記事項：

④ 　　年　　月　　日採卵分の卵子　（ 全て ・　個）

特記事項：

同意年月日：　　年　　月　　日

患者(女性)氏名（自署）：　　（ＩＤ：　　）

〒

住所：

※ご注意ください：記入漏れがある場合は、書類を受理できません。

当院記入欄			
医師	事務	培養室	カルテ

2021 年 12 月 20 日 第二版

凍結卵子の保存期間延長申請書

②患者様控

フェニックス アート クリニック 院長殿

私は貴院で保管中の凍結卵子について、一年間、保存を延長することを依頼いたします。なお、卵子の保存延長についての下記の事項および別紙の凍結保存物について、貴院の規定を十分に理解しており、この同意書についても異議はなく、従うことに同意いたします。また、本治療経過中もしくは施行後のいかなる事態についても、事前に説明を受けた事柄については一切の異議を申し立てないことに同意いたします。

私は、凍結保存期限の延長を次回も希望する際は、次回の凍結保存期限日までに所定の手続きを行います。

今回、以下の凍結物の保存延長を申請いたします。(①～④のいずれかを〇で囲ってください)
※一部延長を希望される方は、特記事項に**保存延長を希望する卵子**の詳細（個数等）をご記入ください

① 凍結している全ての卵子の延長を希望します。

② 　　年　　月　　日採卵分の卵子　（ 全て ・　個）

特記事項：

③ 　　年　　月　　日採卵分の卵子　（ 全て ・　個）

特記事項：

④ 　　年　　月　　日採卵分の卵子　（ 全て ・　個）

特記事項：

同意年月日：　　年　　月　　日

患者(女性)氏名（自署）：　　（ＩＤ：　　）

〒

住所：

※ご注意ください：記入漏れがある場合は、書類を受理できません。

当院記入欄			
医師	事務	培養室	カルテ