

長谷川レディースクリニック淵野辺ソフィア院長 殿

- ☐ 凍結胚の更新に関する費用について理解・納得している。また、材料費の変動により改定される場合があり、その都度、貴院の定めた最新の費用が適用されることを理解・納得している。
- ☐ 凍結保存期間は保存期限日より1年間となり、更新を希望する場合は更新手続き期間（凍結期限日翌日～翌月末）に必ず来院し、手続きを行うことを理解・納得している。また、最長保存期間は妻年齢50歳の誕生日前日までであることに理解・納得している。
- ☐ 凍結胚の更新手続き期間を超えて、更新の意志および費用の支払いが確認できない場合、保存された胚は自動的に全て廃棄されることに理解・納得している。
- ☐ 災害(地震、火災、停電、台風、降雪など不可抗力、その他貴院の責めに帰すべからざる事由)や閉院、その他万一の不測の事態が起きた場合には、胚の損傷・紛失に関して貴院は一切損害賠償責任を負わないことを理解・納得している。
- ☐ 離婚または死別した場合はすみやかに貴院に連絡し、廃棄処分の手続きを行うことを理解・納得している。
- ☐ 凍結胚の移送は、安全管理上、原則として実施していないことを理解・納得している。
- ☐ 廃棄を希望した胚は、今後の医学発展のために医学研究および、培養技術修練などに使用される場合があることを理解・納得している。
- ☐ 個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法に則り、貴院の方針によって保護されることを理解・納得している。

私たち夫婦は自由な意思の下に、凍結胚の更新を希望し、医師やスタッフからの説明によって、上記の事項について同意します。

記載日： 年 月 日

私たち夫婦は、更新手続きを『 保険 ・ 自費 』で行います。(どちらかに丸をしてください)

妻：診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

住所（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

夫：診察券番号 _____ 氏名（自署）： _____

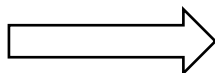
住所（同上でも可）： _____

電話（必ず連絡がとれる連絡先）： _____

スタッフ記入欄

《 更新を希望する胚 》

保存期限日 年 月 日 胚 個 本



更新後の保存期限日 年 月 日

* 当院では胚・卵子を用いた遺伝子操作などの研究は一切行いません。

* 一度支払いいただいた更新料の返金も致しかねます。