

① 凍結物（胚・精子・卵子）の移送 同意書

絹谷産婦人科

院長 絹谷 正之 殿

私は、絹谷産婦人科にて凍結している（胚・精子・卵子）を移送し、
病院名）_____にて治療を受けることを希望いたします。
移送にあたっては、本人（または配偶者）が責任をもって取扱い、貴院及び
病院名）_____の責任は問いません。

下記項目の空欄に必要事項を記入し、確認後チェック☑、署名して下さい。

- 1. 移送元は当院が妥当と判断した医療機関のみとします。
- 2. 凍結物（胚・精子・卵子）は、病院名）_____での治療に使用します。
貴院や他医への再移送の場合は必ず事前に貴院に連絡します。
- 3. 凍結物（胚・精子・卵子）は、本人または配偶者、またはそれらが指定した業者のみ
が取扱い、移送時の責任は一切自分（または配偶者）で負います。
- 4. 凍結・融解時に変性した（胚・精子・卵子）に対し、貴院の責任は問いません。
- 5. 事故・災害などによる凍結物（胚・精子・卵子）の損傷・変性などに対して、貴院の
責任は問いません。
- 6. 凍結物（胚・精子・卵子）の取扱いを依頼し、受け入れ病院と契約します。
- 7. 患者様の個人情報は、個人情報保護法及び当院の規約で取扱います。

同意年月日：_____年 月 日

住所：_____

電話：_____

男性 氏名(自署)：_____

女性 氏名(自署)：_____

同意書(控)受領サイン【 / 】

* 提出していただいた後、患者様控えとしてコピーをお渡しますので、大切に保管してください。