

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 ）の取り扱いを依頼し、受け入れ病院と契約します。
- 7. 絹谷産婦人科の凍結物移送用タンクを使用の際は裏面の内容に同意します。

年 月 日

住所 _____

電話 _____

氏名（自署） _____

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。**

凍結物移送用タンク使用についての同意書

私は、移送用タンクの取り扱いについて、下記の事項について説明を受け十分理解し、納得した上で、凍結移送用タンクを使用することに同意します。使用にあたっては注意を払い、貴院の方針に従います。事故等が生じた際には速やかに貴院に連絡し、指示通りの対応を行うことを誓います。

以下の項目を確認し、チェック欄に☑サインをしてください。

タンク貸与費用等

- ・タンク 10,000 円/日×貸与日数
(貸与開始日および返却日当日を含む) + 消費税
- ・液体窒素 2,000 円/L×使用量 + 消費税

タンクの紛失・破損が生じた場合は、その損害全て（タンクが使用できない期間の使用料および修理費等）を負担する。また、タンク返却後に破損等が判明した場合においても同様である。

タンク使用の際はタンクの移動のみ患者が行う。移動以外の作業はすべて医療機関のスタッフに任せる。（患者自身で移動以外の作業は行わない）。