

凍結胚・卵子の保存期間延長(1年間)に関する同意書

ウィメンズクリニックふじみ野 院長 殿

このたび私たち夫婦は、今後不妊症の治療を再開する意思があるため、すでに同意した不妊症の治療に関連する治療行為の一環として、以前凍結保存した胚・卵子の保管期間の延長（1年間）を希望し、同意書を提出します。

以下ご希望される方にをお願いします。

保険診療で胚保管延長を希望します。

自由診療で胚保管延長を希望します。

今回、自由診療で延長した場合、次の治療計画が立つまでは自由診療での延長となります。

現在妊娠中のため、自由診療で胚保管延長を希望します。

今回、自由診療で延長した場合、次の治療計画が立つまでは自由診療での延長となります。

年 月 日

住所

電話

患者氏名（自署）

（診察券番号）

配偶者氏名（自署）

（診察券番号）