



## 凍結保存中止同意書

患者様控え

### 下記二つの枠内に必ずご記入ください

- ・保存中止を希望する凍結日（または再凍結日）をご記入ください。
- ・保存した種類のいずれかに○印をご記入ください。
- ・保存中止を希望する凍結日が複数ある場合は、全ての日付をご記入ください。

英ウィメンズクリニック 院長殿

#### 凍結日

#### 保存した種類

年 月 日 ( 受精卵・卵子・精子・精巣組織 )  
年 月 日 ( 受精卵・卵子・精子・精巣組織 )  
年 月 日 ( 受精卵・卵子・精子・精巣組織 )

保存中止後、研究への使用を ( 承諾する ・ 承諾しない )

※凍結日は凍結時にお渡しした同意書または凍結記録を参考にご記入ください。  
※研究への使用についてご記載がない場合は、ご承諾いただいたと判断いたします。

私たちは上記の日付で行った凍結保存の中止を希望します。  
また、凍結保存期間終了前でも中止手続きを行うことに同意します。

年 月 日

夫 氏名(自署) \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_

妻 氏名(自署) \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_

※ご夫婦それぞれの署名が必要となります。

当院からは、質問事項がない限り患者様にご連絡をすることはございません。

ご不明な点があれば、お電話(培養室直通 078-392-8717)(AM10 時～PM2 時)でのお問い合わせをお願いいたします。なお、記入漏れや不備があっても保存中止の意向が確認できる場合は、保存中止させて頂くことがございます。



## 凍結保存中止同意書

医療機関控え

### 下記二つの枠内に必ずご記入ください

- ・ 保存中止を希望する凍結日（または再凍結日）をご記入ください。
- ・ 保存した種類のいずれかに○印をご記入ください。
- ・ 保存中止を希望する凍結日が複数ある場合は、全ての日付をご記入ください。

英ウィメンズクリニック 院長殿

#### 凍結日

#### 保存した種類

年 月 日 ( 受精卵・卵子・精子・精巣組織 )  
年 月 日 ( 受精卵・卵子・精子・精巣組織 )  
年 月 日 ( 受精卵・卵子・精子・精巣組織 )

保存中止後、研究への使用を ( 承諾する ・ 承諾しない )

※凍結日は凍結時にお渡しした同意書または凍結記録を参考にご記入ください。

※研究への使用についてご記載がない場合は、ご承諾いただいたと判断いたします。

私たちは上記の日付で行った凍結保存の中止を希望します。

また、凍結保存期間終了前でも中止手続きを行うことに同意します。

年 月 日

夫 氏名(自署) \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_

妻 氏名(自署) \_\_\_\_\_ 診察券番号 \_\_\_\_\_

※ご夫婦それぞれの署名が必要となります。

当院からは、質問事項がない限り患者様にご連絡をすることはございません。

ご不明な点があれば、お電話(培養室直通 078-392-8717)(AM10 時～PM2 時)でのお問い合わせをお願いいたします。なお、記入漏れや不備があっても保存中止の意向が確認できる場合は、保存中止させて頂くことがございます。