

(患者様控え) 郵送の方は郵送不要です  
来院の方はご持参ください

### 凍結卵子の凍結保存期間更新の同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で卵子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結卵子について凍結保存期間の更新を依頼します。

私は、日本産婦人科学会のヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する見解に定められている卵子の凍結保存期間（卵子を採取した女性の生殖年齢を超えない）にあつて、凍結保存期間の**1年間の延長**に同意します。なお、延長された保管期間中に住所・電話番号の変更が生じた場合は、速やかに貴院へ文書で連絡します。

\*いずれかの□にチェックをいれてください。

- 更新希望のため、来院して手続きを行います。
- 更新希望のため、郵送で手続きを行います。\_\_\_\_月\_\_\_\_日に更新料を振込みました。

本書の記入はすべて本人によるもので、更新の内容は上記のとおり相違ありません。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 記入

患者番号：\_\_\_\_\_（患者番号は、診察券に記載のある番号です）

現住所：\_\_\_\_\_

本人氏名（自署）：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

保護者氏名（未成年の場合）（自署）：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

(病院控え) 郵送の方は郵送ください  
来院の方はご持参ください

### 凍結卵子の凍結保存期間更新の同意書

愛育会 福田病院 病院長 殿

私は、貴院で卵子を凍結保存しました。

下記の事項において同意の下、凍結卵子について凍結保存期間の更新を依頼します。

私は、日本産婦人科学会のヒト胚および卵子の凍結保存と移植に関する見解に定められている卵子の凍結保存期間（卵子を採取した女性の生殖年齢を超えない）にあつて、凍結保存期間の**1年間の延長**に同意します。なお、延長された保管期間中に住所・電話番号の変更が生じた場合は、速やかに貴院へ文書で連絡します。

\*いずれかの□にチェックをいれてください。

- 更新希望のため、来院して手続きを行います。
- 更新希望のため、郵送で手続きを行います。\_\_\_\_月\_\_\_\_日に更新料を振込みました。

本書の記入はすべて本人によるもので、更新の内容は上記のとおり相違ありません。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 記入

患者番号：\_\_\_\_\_（患者番号は、診察券に記載のある番号です）

現住所：\_\_\_\_\_

本人氏名（自署）：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

保護者氏名（未成年の場合）（自署）：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_