

# 凍結胚保管の更新書



西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に凍結保存した凍結胚 \_\_\_\_\_ 個に関し、以下の申請をします。

## 要記入

松田ウイメンズクリニック 院長 松田和洋殿  
貴院に預けている凍結胚の保管について

**保管延長** ・ **中止** を希望します  
(赤字のどちらかに必ず○をしてください)

以下の□のついた項目の全てに記入が必要です。

↓患者□欄(各項目の記載を確認後、□にチェック□を入れてください)

- 記入日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 住所
- TEL
- 妻氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印
- 夫氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

署名が揃わない方は以下にチェックしてください。(別居は理由に含まれません)  
下記の理由により妻または夫署名が空欄となっています

- 離婚  死別

署名・捺印について；必ずそれぞれご本人が直筆で署名し、ご自身の手により捺印をお願いいたします。  
ご自身以外の方が本人の了解なく署名・捺印すると有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。

## 保管中止の方はよろしければ理由をお聞かせください (複数選択可)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 夫婦で希望する家族の人数になったため  | <input type="checkbox"/> 毎年の保管料が経済的に負担である |
| <input type="checkbox"/> 現在の子育てが負担で次の出産を望めない | <input type="checkbox"/> 治療の再開が心理的に負担である  |
| <input type="checkbox"/> 凍結胚の胚質が低い           | <input type="checkbox"/> 治療の再開が経済的に負担である  |
| <input type="checkbox"/> 夫婦で治療への意見が一致しなかった   | <input type="checkbox"/> 出産時の妻の年齢が気になる    |
| <input type="checkbox"/> 現在いる子供との年齢差が気になる    | <input type="checkbox"/> 出産時の夫の年齢が気になる    |
| <input type="checkbox"/> 凍結保存期間の影響がないか不安がある  | <input type="checkbox"/> その他              |

自由記載欄

松田ウイメンズクリニック  
〒892-0844  
鹿児島市山之口町1-10鹿児島中央ビル3F  
TEL 099-224-4124  
【書類No. BF-4】