

精子 保管継続同意書 **保険診療外(自費)**

ロイヤルベルクリニック不妊センター センター長 小栗 久典 殿

私たち夫婦(私個人が保管している場合に限っては、「私たち夫婦」を以降「私個人」に読み替える)は、貴院に管理・保管を依頼しておりました凍結精子について、私たち夫婦の同意のもと貴院における治療継続を目的として、保管期間を延長することを希望いたします。

下記の注意事項をよく読み、枠内をすべてご記入ください。

- * ①同意年月日、②現在の保管期限、③更新後の保管期限、④手続きについてへの✓、の4点を必ずご記入ください。
* 同意内容の記載に不備がある場合は再記入をご依頼させていただくこととなります。

① 同意年月日 20 年 月 日

② 現在の保管が 20 年 月 日^{※1}をもって保管期限に到達することを確認しました。

※1) 現在の保管期限が不明な場合は、当院までお問合せください。

③ 保管する期間を確認し、更新後の期限を記入してください。

1年間の延長 : 44,000 円(税込)^{※2} 更新後の保管期限^{※3} (20 年 月 日まで)

※2) 保管期間中の中途解約による返金はありません。

※3) 更新後の保管期限は、現在の保管期限の1年後となります(上記③の費用をお支払いいただいた日ではありません)のでご注意ください。 例)2024年4月1日保管期限→1年後2025年4月1日

④ 手続きについて、以下ア)・イ)の内容を確認し3か所の□に✓を入れてください。

ア) 貴院に凍結検体の保管継続を依頼する場合において、私たち夫婦の責任において保管期限を把握し^{※4}、貴院が指定した期日までに必要な手続きを済ませることに (同意します) 。

※4) クリニックには更新の通知義務はありません、ご自身の管理となります。

イ) 貴院が指定する期日までに手続きしない場合は、私たち夫婦には保管期間更新の意思がなく凍結検体の所有権を放棄したものとみなされ、凍結検体の処分権が貴院の帰属になることに (同意します) 。

また、凍結検体の廃棄処分後は貴院に対して一切の異議、申し立てをしないことに (同意します) 。

ご住所 (〒 -)

この1年間で住所が 変わりました(カルテの登録住所を変更します)

変更ありません

電話番号 _____

ご署名 ※必ずご本人、配偶者ともそれぞれの自筆でご記入ください(同筆の場合は受理しません)。

ご本人(夫) 自筆 _____

印

診察券番号 _____ (分からない方は生年月日を西暦で記載)

配偶者(妻)^{※5} 自筆 _____

印

診察券番号 _____ (分からない方は生年月日を西暦で記載)

※5) 離婚や死別で配偶者の自筆の署名ができない場合に限り、署名欄にその理由を明記してください。
未婚で配偶者のない方に限り、配偶者(妻)の署名欄に「なし」とご記入ください。