

凍結保存検体(胚・卵子・精子)の他院への移送に関する同意書

医療法人 I V F クリニックひろしま

理事長 滝口 修司 殿

(以下について、同意した項目の にレ点を入れ、下線の空欄へ記入し、破線の該当項目に○を付け、署名捺印をお願いします。)

私は、IVFクリニックひろしまにて凍結保存している凍結検体を (移送先施設名) _____ に
移送して治療を受けることを希望します。

(移送先施設名) _____ に凍結保存検体の取り扱いを依頼し、同施設と契約します。

私は、凍結保存検体の輸送に関して、方法、費用、それに伴う危険性について説明を受け、十分に理解し、
その実施に同意します。

移送にあたっては、本人(または配偶者)が責任をもって取り扱い(移送は本人または配偶者、またはそれら
が指定した業者のみが取り扱う)、輸送中および輸送後の事故、災害など不可抗力的要因による凍結保存
検体の損傷・変性などに対して、貴院および(移送先施設名) _____ の責任は問いません。

タンク使用の際はタンクの移動のみを本人(または配偶者)が行い、移動以外の作業は全て医療機関のスタ
ッフに任せます。(※患者様自身でタンクの移動以外の作業は行わないでください。)

凍結保存検体は、(移送先施設名) _____ での治療に使用します。貴院や他施設への再移
送の場合は、必ず事前に連絡します。

凍結・融解時に変性した凍結保存検体に対し、貴院の責任は問いません。

移送対象検体 : 胚 ・ 卵子 ・ 精子 (該当する項目に○を付けてください)

移送対象胚・卵の採卵日または精子凍結日 : 20 年 月 日

※基本的に、移送はケーン単位で実施します。同一採卵日(または精子凍結日)ごとに、同一ケーンに入っています。

※ケーンが複数ある場合は、移送するケーンの採卵日(または精子凍結日)を全て記載してください。

※やむを得ず、ケーン中の一部の検体のみを移送する(検体の一部を残す)場合は、移送する胚・卵子の凍結番号・
Day・グレードを、または移送する精子のストロー(またはクライオトップ)の本数を、記載してください。

本人 : 診察券番号: _____ 署名: _____ 同意日: 20 年 月 日
住所: _____

配偶者 : 診察券番号: _____ 署名: _____ 同意日: 20 年 月 日
住所: _____

※必ずご本人が直筆でご署名ください。ご本人以外が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰を受けることがあります。