

凍結胚・配偶子移送に関する同意書

ファティリティクリニック東京

院長 小田原 靖 殿 西暦 年 月 日

ID. _____

夫氏名 _____ (自筆)

妻氏名 _____ (自筆)

住所 _____

TEL _____

私たち夫婦は下記の事項について説明を受け他施設間との移送することに同意します。

治療の名称 : 凍結胚(受精卵)・配偶子の移送

- 了解事項
- 貴院へ移送する胚・配偶子を用い、保険での採卵・移植を予定している場合は、医師による治療計画に入る前に、移送の手続き（移送・お支払い・受け入れ後の説明）を完了しなければならないことの説明を受け、これに同意します。
 - 移送中に生じる、あらゆる事故（容器の破損、容器の性能に由来するもの、紛失、X線・放射線照射【飛行機での移送】なども含む）において貴院に対する免責に同意します。
 - 貴院以外での凍結操作または融解操作によって生じた不利益（融解成績の不良、胚の紛失など）に関して、貴院に対する免責に同意します（当院と同じ環境条件、技術力を保証できません）。
 - 移送にかかる費用の全額を負担します。
 - 借与した容器は速やかに返却します。
万一、破損した時は弁償方法を含め、貴院と話し合いの上、対応するものとしてします。
 - 移送専門業者を使う場合、手配に関して一切自らの責任において行います。

※なお、説明をお受けになってから半年以上経過し、その間、移送に関して一切ご連絡がない場合は、本同意書を破棄させていただきます。お手数ですが同意書の作成を含め、移送のお手続きを再度受けていただきます様、お願い申し上げます。

※この同意書に記載されている患者様の個人情報当院にて厳重に管理し、いかなる場合も外部に漏洩することはございません。

説明日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明担当者 _____