

# 凍結融解胚移植同意書

医療法人陽向会あらかきウィメンズクリニック  
院長 新垣総子 殿

私たち夫婦、カップルは凍結融解胚移植に関して、その方法・有効性・安全性などについて十分な説明を受け、了解いたしました。つきましては凍結保存されている胚の融解・移植を希望し、ここに依頼いたします。

平成 年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

診察券番号 \_\_\_\_\_

配偶者氏名 \_\_\_\_\_

現住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

※必ずそれぞれ本人の直筆にてご署名をお願いいたします。

※住所は同じであっても同上とせず、必ず全て記入をお願いいたします。

※本同意書を提出いただけない場合はやむを得ず凍結融解胚移植を中止させていただきます。

説明者