

# 凍結胚他院移送に関する同意書

アイリスウィメンズクリニック武蔵境 院長 殿

私は、下記の凍結保存胚について他院への移送を希望し、以下の内容を十分理解したうえで同意いたします。

## 1. 患者情報

診察券番号：\_\_\_\_\_ 患者氏名：\_\_\_\_\_ 生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

配偶者／パートナー氏名：\_\_\_\_\_

## 2. 移送内容・方法

①\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日に凍結した凍結胚\_\_\_\_個

②\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日に凍結した凍結胚\_\_\_\_個

③\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日に凍結した凍結胚\_\_\_\_個

移送先医療機関名：\_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_ 電話番号：\_\_\_\_\_

移送方法： 専門輸送業者による搬送  患者本人による搬送

移送予定日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 3. 確認事項

以下について説明を受け、理解しました。

1. 移送中の温度変化や事故等により、胚の損傷・喪失等が生じる可能性があること
2. 胚の引き渡し後の移送中の事故・不可抗力による損害について、当院は責任を負わないこと
3. 移送後の管理責任は移送先医療機関に移ること
4. 未納費用がある場合は、精算後に移送手続きが行われること
5. 移送に必要な診療情報等が移送先および業者へ提供されること

## 4. 同意

本移送は、私および配偶者／パートナー双方の合意に基づくものです。

また、本件に関し当事者間で紛争が生じた場合、当院に責任を求めません。

## 署名欄

### 【患者本人】

署名：\_\_\_\_\_ 印

記入日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 【配偶者／パートナー】

署名：\_\_\_\_\_ 印

記入日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 医療機関記載欄

説明医師名：\_\_\_\_\_

説明日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日