

移送検体・患者情報記入用紙（胚、未受精卵）

_____ 様
 以下に、患者情報・検体情報のご記入をお願いいたします。

御担当者様名 _____
 御電話番号 _____

患者氏名(カナ) : 妻 _____ 夫 _____

貴院患者識別番号 : 妻 _____ 夫 _____

凍結液 【 _____ 】 凍結器材・凍結方法 【 _____ 】

移送検体数 本

ケーン NO	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】
検体 NO	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】
Cryo-top 色	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】
凍結年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
CELL Grade	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI
融解時注意点				

ケーン NO	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】
Cryo-top 色	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】
検体 NO	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】	【 _____ 】
凍結年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
CELL Grade	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI	Day【 _____ 】 IVF・ICSI・R-ICSI
融解時注意点				



東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-8-10
 代表 TEL 03-3356-4211