

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 (cryotop のどの面に胚がのっているかなど) | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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 (cryotop のどの面に胚がのっているかなど) | | | | |



東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-8-10

代表 TEL 03-3356-4211