

凍結精子破棄処分依頼書

私(達)は、貴院に凍結保存されている精子の破棄処分を依頼致します。破棄処分の方法については貴院の方法におまかせ致します。また破棄による損害など一切求めないことを約束致します。HPの書類ダウンロードのページに掲載されている「精子凍結保存及び凍結保存継続に関する説明書」(<http://www.haramedical.or.jp/news/documents/pdf/SPERMmanual.pdf>)の第11項に明記されている通り破棄処分を希望された場合、並びに手続期限を過ぎ処分権が当院に帰属した精子については、医療技術の発展の為に、精子融解練習/精子凍結練習/顕微授精練習などに使用される頂く場合があることを理解し納得しました。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック 院長 宮崎 薫 記入年月日 年 月 日

<破棄処分を希望する精子>

1 凍結日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	本	破棄総数 <input type="text"/>
2 凍結日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	本	
3 凍結日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	本	
4 凍結日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	本	
5 凍結日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	本	

* 破棄処分依頼書のご提出があった場合、その精子が凍結期間満了日前であっても破棄処分致します。

破棄処分理由は以下の☑の通りです。(患者様は次のいずれか1つに☑を入れてください)

- 自由な意思の下に依頼
- 夫(未婚者の場合本人)死亡のため
- 離婚のため精子凍結の継続が出来ず、他施設への移送も希望しないため

以下の夫と妻両方ご記入ください。別居の場合 → 合は個々に別々の書面にご記入いただいても結構です。
 → 妻の欄だけご記入下さい。
 → 未成年の場合は保護者欄だけご記入下さい
 → 夫の欄だけご記入下さい。

住所	<input type="text"/>	
本人氏名 (本人の直筆)	<input type="text"/>	妻氏名 (本人の直筆) <input type="text"/>
診察券番号	未成年の場合保護者署名 <input type="text"/>	
電話番号 本人	<input type="text"/>	電話番号 妻or保護者 <input type="text"/>

* 凍結精子保存に関する当院からの全ての連絡は代表連絡窓口である夫に対してのみ行えば足りるものとします。

患者様控えとして1部コピーをお取り頂き、本書は凍結期間満了日までにご提出下さい。
 郵送先: 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-8-10 はらメディカルクリニック凍結担当係

----- 当院使用欄 -----

- 1 (業務) 書面受領。記業-163記入
- 2 培養 書面引継ぎ。記業-163記入
- 3 培養 書面とORCAFFM住所照合し、変更時は医事課へ連絡
- 5 培養 お知らせ控えと書面照合
- 6 培養 現物破棄処分
- 7 培養 FFM更新
- 8 培養 更新部分識別精子凍結保存リスト発送
- 9 培養 本書+控えを同意書ファイルにて保管

日付	担当1	担当2
	業務	
	培養	
	培養	変更時 医事課
	培養	培養
	培養	培養
	培養	培養
	培養	培養
	培養	培養

記培-97:凍結精子破棄処分の依頼書(5版2020年6月)