

凍結精子破棄処分の依頼書

*** 破棄処分をご希望の場合は本書を必ずご提出ください ***

黒のボールペンで記入し、原本をご提出ください。※コピー不可。

私は、貴院に凍結保存されている下記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「通院中の方へ」→「治療に必要な書類について」→「当院の規定」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**」の第11項に明記されている通り、破棄処分を希望した場合、並びに手続期限を過ぎ所有権を放棄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 薫殿 記入年月日 年 月 日

<破棄処分を希望する精子>

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

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)

<input type="checkbox"/> 自由な意思の下に依頼
<input type="checkbox"/> 夫(未婚者の場合本人)死亡のため
<input type="checkbox"/> 離婚により精子凍結の継続を希望せず、他施設への移送も希望しないため

→ 妻もしくは未成年の場合、保護者の欄をご記入ください

住所	<input type="text"/>	
本人(夫)氏名 (本人の直筆)	妻もしくは 未成年の場合 保護者 署名	<input type="text"/>
診察券番号	妻もしくは未成年の 場合保護者 電話番号	<input type="text"/>
電話番号 本人	<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本人(夫)に対してのみ行えば足りるものとします。

- ご注意
- 対象の精子が凍結期間満了日前であっても本書の提出がされた時点で破棄処分致します。
 - お手続きには書類の到着から1ヶ月ほど時間を要することがあります。

-----以下当院使用欄-----

<input type="checkbox"/>	1	(業務)書面受領。記業-163記入		業務
<input type="checkbox"/>	2	培養 書面引継ぎ。記業-163記入		培養
<input type="checkbox"/>	3	培養 書面とORCAFFM住所照合し、 変更時は医事課へ連絡		培養 変更時 医事課
<input type="checkbox"/>	4	培養 精子凍結保存リスト印刷し対象物識別		培養
<input type="checkbox"/>	5	培養 現物破棄処分		培養
<input type="checkbox"/>	6	培養 FFM更新		培養
<input type="checkbox"/>	7	培養 更新した精子凍結保存リスト発送		培養
<input type="checkbox"/>	8	培養 本書を同意書ファイルにて保管		培養