

延長

記入例

胚

凍結胚の保管延長 同意書

検査・処置・手術の施行日は、 年 月 日です。

この検査・処置・手術を受けることに同意いただければ、以下の同意書に署名してください。

なお、同意を拒否しても、直前に同意を撤回しても、診療上の不利益を受けることはありません。検査・処置・手術を見合わせる場合には医師にお申し出ください。

医師からの説明を理解できましたら、以下にチェックを入れてください

理解できましたので、同意し署名します

同意年月日 20 25年 11月 11日

*女性 氏名 小牧山 花子 患者ID 12345678

住所 〒485-8520 生年月日 2000年 1月 1日

愛知県小牧市常普請1丁目20番地 電話番号 090-0000-0000

*男性 氏名 小牧山 太郎

住所 愛知県小牧市常普請1丁目20番地 電話番号 080-0000-0000

※必ずご本人が直筆で署名してください

※住所と電話番号は必ず女性・男性それぞれ記入してください（同上は認められません）

患者同席者 氏名 _____ 患者との続柄（ ）

連絡先 _____

説明担当医 小牧市民病院 生殖医療センター 氏名 佐野 美保

指導医 氏名 _____

同席看護師 _____ 科 _____ 氏名 _____

同席者 _____ 科 _____ 氏名 _____