

卵子・精子・受精卵凍結保存による妊孕性温存
患者申請確認書
(原疾患主治医用)

医療機関名：医療法人岡山二人クリニック

医師名： 担当医 _____ 先生

TEL: 086-256-7717 _____ FAX: 086-256-7667 _____

私は、(患者名、フルネームでお願いします) _____ 殿の
主治医として下記①、②の判断を致します。また、卵子・精子・受精卵凍結による妊孕性
温存を希望される場合、下記③、④に同意します。

①	当該患者が配偶子・受精卵凍結保存以外の医療行為では、悪性腫瘍および原疾患の治療後に妊娠成立の見込みが低いこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②	当該患者の全身状態や予後を総合的に判断し、患者が採卵に耐えうること。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	採卵ならびに原疾患寛解後の凍結卵子・精子・受精卵を用いた治療にいたるまでに、長期に岡山二人クリニック担当者と密に連絡がとれるようにすること。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	原疾患の主治医を交代する場合、責任を持って以後の主治医に上記③の履行を引き継ぐこと。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

年 月 日

医療機関名： _____

科名： _____

申請医師名： _____ 印

住所 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____