

## うめだファミリークリニックから他施設へ凍結胚・凍結精子の輸送をお考えの方へ

### 【凍結胚・凍結精子・凍結卵の輸送まで】

当院 ID( ) お名前( )  
お電話番号( )

保管を希望される施設（保管希望施設）との移送交渉は患者様ご自身で行って頂きます。

1. 移送予定の対象物を□欄にチェックを入れて下さい。

- 凍結胚 (  初期胚\_\_\_\_個、  胚盤胞\_\_\_\_個 )  
 SEET 液 (  \_\_\_\_\_本 )  
 凍結精子 (  \_\_\_\_\_本 )  
 凍結未授精 (  \_\_\_\_\_個 )

2. 保管希望施設と当院とで患者様の移送対象物の情報を共有いたします。保管希望の施設名、電話番号、患者様 ID をご記入ください。

- 保管希望施設名 ( )  
 保管希望施設電話番号 ( )

3. 移送専用容器（ドライシッパー）について (  保管希望施設のものを使用  当院のものを使用 )  
お使いになりたい日数の□欄にチェックを入れ、複数日の場合、括弧内にご希望日数を記載してください。当院の移送専用容器をお貸しする場合、預り金が発生する場合がございます。

- 移送当日のみ 預かり金なし  
 複数日 ( \_\_\_\_\_ 日間 ) 預かり金あり ( 容器の返却日に預り金 15 万円は返金致します )

4. 移送希望日時をご記入ください。当院での移送受入れは平日および土曜日 (9:00~15:30) です。日曜および祝日の受入れはしていません。

- 第一希望 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 )  
第二希望 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 )  
第三希望 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 )

