

妊孕性温存(卵子/胚/卵巣/精子/精巣等の採取・凍結)後の
患者申請同意確認書
(原疾患主治医用)

凍結施設 _____

凍結施設医師名: _____ 先生御侍史

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、ご本人の希望があり産科的に問題なければ、原疾患治療後の経過からは、
妊娠、出産、育児は可能と判断いたします。

年 月 日

医療機関名: _____

診療科名: _____

申請医師名: _____ 印

住所: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____