

【B 当院（ASKA）から他院へ 凍結受精卵または凍結精子の移送について確認事項】

太枠内の項目にご記入ください

チェックボックス欄には、し点（✓）をご記入ください

記入日 20 年 月 日

- 移送する検体 ☐ 凍結受精卵  
☐ 凍結精子

|                  |         |
|------------------|---------|
| 当院の診察券番号         |         |
| お名前<br>※精子の場合は男性 |         |
| 現在の住所            | 〒       |
| 日中連絡のとれる電話番号     | ( 妻 夫 ) |

- ☐ 受精卵または精子の移送を受け入れてもらえるか、移送先の施設に確認しました

移送先の施設について

|      |   |
|------|---|
| 施設名  |   |
| 住所   | 〒 |
| 電話番号 |   |

※ 太枠内のご記入が終わりましたら、当院まで窓口または郵送でご提出をお願いいたします。

※ 以下は、移送先の施設を受診された後にご記入いただきます。  
受診後に全て記入し再度当院受付へ提出（郵送）して下さい。

- ☐ 上記の移送先の施設に診療情報提供書を提出しました

- 移送方法の選択 ☐ 自身で移送する  
☐ 専用の業者に依頼する →

|       |  |
|-------|--|
| 移送業者名 |  |
| ご担当者名 |  |
| 電話番号  |  |

- 移送容器の選択 ☐ ASKAのドライシッパーを使用する  
☐ 移送先のドライシッパーを使用する