凍結精子の保存更新

便宜上、ご夫婦（奥様／ご主人様）と表記しております。事実婚の場合には（本人/パートナー）と読み替えてください。

【手続き期間】

凍結結果時にお渡しした「培養結果報告書」に記載の凍結応当日の翌日～１か月以内となります。

（例：凍結日 2026 年 10 月 1 日の場合、毎年 10 月 2 日～11 月 1 日が手続き期間となります）

ご主人様本人または奥様がご来院ください（奥様による手続きは婚姻中に限ります）。

ご主人様名義の WEB 予約または記録道アプリから【凍結更新手続き】でご予約のうえ、ご来院ください。

【必要書類】

●ご主人様（ご本人様）が来院の場合

1.凍結精子保存期間延長申請書（←ダウンロード・印刷し、ご署名のうえご持参ください）
2.精子の凍結保存同意書（←ダウンロード・印刷し、ご署名のうえご持参ください）
3.ご主人様の QR コード
4.ご主人様のマイナンバーカード　または　資格確認書

●奥様が代理で来院の場合

1.凍結精子保存期間延長申請書（←ダウンロード・印刷し、ご署名のうえご持参ください）
2.精子の凍結保存同意書（←ダウンロード・印刷し、ご署名のうえご持参ください）
3.ご主人様の QR コード（スクリーンショット・写真可）
4.ご主人様のマイナンバーカード　または　資格確認書
5.奥様の顔写真つき本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証・パスポート等）

【医師との話】

必須ではありません※

※医師との話希望の場合は、予約入力時「医師とのお話を希望されますか」→「はい」を選択してください。

【費用】

16,500 円（自費）

凍結精子保存期間延長申請書

中林レディースクリニック
　　院長　中林幸士　殿

私は、中林レディースクリニックにて（凍結日※：20　　年　　月　　日）に凍結保存されている精子に関して、保存期間の延長を希望し、ここに依頼します。

※精子凍結報告書に記載の凍結日をご記入ください。

20　　年　　月　　日

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人　（ 夫 ）　　診察券番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

精子の凍結保存・保存更新　同意書

中林レディースクリニック
院長　中林幸士　殿

このたび、私は不妊症に対する治療として精子の凍結保存を希望し、
以下の事柄について、十分理解し納得しましたのでここに同意書を提出し、
精子の凍結保存による不妊治療を受けることを希望致します。

＜下記項目を読み、全ての項目に☑のうえ署名をお願いします＞

- ☐ この同意書の提出がない場合は精子凍結を実施することができません。同意書の提出後であっても、申し出があれば自由に同意の撤回が可能です。
- ☐ 同意の撤回が精子凍結実施後の場合、凍結精子に関する細則に従って凍結精子を廃棄します。
- ☐ 一度支払った精子凍結代はいかなる理由によっても返金はいたしかねます。
- ☐ この同意書は今回の精子凍結のみ有効であり、再び精子凍結を行う場合は改めて同意書を提出してください。
- ☐ 凍結した精子が極めて少量である場合、融解後に精子が見つからず、不妊治療に使用できない可能性があります。
- ☐ 当院では、凍結日より１年間凍結保存を行います。保存期間延長手続きを１年に１回行っていただくことで保存期間の延長は可能です。
- ☐ 当院から凍結保存期限に関するご連絡はしておりません。
- ☐ 原則として手続き期間を過ぎてからの更新手続きはできません。
- ☐ 以下の事態が生じた場合、凍結保存精子は廃棄処分いたします。
  1) 死亡・行方不明の場合
  2) 更新の意思表示がない場合、連絡が取れない場合
  3) 手続き期間内に凍結保存更新手続きが完了されていない場合
- ☐ 手続き期間内に凍結保存延長手続きが完了されておらず、すでに廃棄処分済であった場合の異議申し立ては一切受け付けません。
- ☐ 精子凍結代及び保存期間の延長代は、予告なく変更される場合があります。
- ☐ 精子凍結の通常の作業中や天災や災害等の不可抗力によって生じ得る精子の損傷・喪失に関して、当院は責任を負いません。

記入日（西暦）　　年　　月　　日

住所　〒

電話番号：

本人氏名（夫）自署：　　（診察券番号）

※本人の意思に基づく証明として、必ず自筆で署名をお願いしております。