



他の医療機関での診察についての同意書

医療法人オーク会
理事長殿

今回私たち夫婦は、諸般の事情により他の医療機関での診察を希望します。

注射液の紛失、量の過不足、注射時の漏れなど不測の事態においてもすべて自己責任において対処いたします。

他の医療機関で診察を受けるにあたり、採卵周期の遠隔事務手数料¥80,000（税込 ¥88,000）、融解胚移植周期の遠隔事務手数料¥20,000（税込 ¥22,000）〔※妊娠判定のみ他院で受け、その結果をオーク会に連絡する場合は不要〕を周期毎に支払うことを承諾いたします。また、医学的理由でキャンセルになった場合は、その半額をお支払いすることを承諾いたします。

※総額表示義務に基づき、税込価格を記載しています。会計時に計算上の誤差が生じる場合がございます。

結果的に他の医療機関で診察を受けない場合でも料金の返還について異議申し立ていたしません。

私たち夫婦は、以上の事柄を十分に理解しておりますので、他の医療機関での診察を希望いたします。

西暦 年 月 日

住所 〒

ID 氏名(妻) 印

氏名(夫) 印

オーク住吉産婦人科

TEL 0120-009-345

オーク梅田レディースクリニック

オーク銀座レディースクリニック

説明者 ()

The original of this document is in Japanese, and it is the Japanese document that is effective. Please fill in all necessary information on the original.
As for the translation itself, it is for consideration, to assist you in your understanding. We cannot assume any responsibility for problems arising with reference to this translation.

Receiving Medical Attention at Other Medical Institution Consent Form

Oak Clinic Group

Director:

As a couple, due to certain circumstances, we request to receive medical attention at a different medical institution.

I will take full responsibility for loss of injection solution, excess and or deficiency in the amount, or any leakage at the time of injection.

I accept that I would pay for a distance handling fee for Oocyte Pick-up Cycle 80,000 yen (With Tax: 88,000 yen) per cycle, Thawed Embryo Transfer Cycle 20,000 yen (With Tax: 22,000 yen) per cycle, as I will receive medical attention at other medical institutions.

※The price including tax is an estimate stated due to obligation to display the total amount. Minor differences in calculation may occur at time of actual accounting.

I will not ask for the return of money, even in the event that I do not go to the said other medical institution.

We understand the above conditions and therefore request to receive medical attention at a different medical institution.

Date: year / month / day

Address: Zip code

ID: _____ Wife's Name: _____ Initials (_____)

Husband's Name: _____ Initials (_____)

Oak Clinic, Sumiyoshi TEL 0120-009-345

Oak Clinic, Umeda

Oak Clinic, Ginza

Presenter (_____)