

人工妊娠中絶に対する同意書

- ・ あなたは母体保護法第 14 条に該当するため、法に則って人工妊娠中絶術を施行します。
- ・ あなたの人工妊娠中絶の『方法』、『麻酔』、『合併症』について説明しました。
『危険度』および『対策』についても説明しました。
(※ 合併症 : 出血、子宮穿孔、感染症、子宮内遺残、アレルギー、アナフィラキシー)
- ・ 術前、術後の注意事項を必ず守ってください。
- ・ 手術当日の自転車、バイク、自動車等の運転は絶対に避けてください。
- ・ 配偶者がいる場合、配偶者のサインは原則必須です。サインがない場合は手術が出来ません。

以上の説明を行いました。

年 月 日

天神駅前婦人科クリニック

院長 橋田 修

以上の説明を了解、納得しましたので、この手術に同意し、その施行を依頼いたします。

なお手術中に緊急の処置を要する事態が生じ、改めて私の同意をとることが不可能な場合は、最善の処置をとって頂くように依頼します。

◎ 本人

住所 Tel.....

氏名(自署) 印

◎ 配偶者・パートナー

住所 Tel.....

氏名(自署) 印

◎ 保護者 または 緊急連絡先 (本人との関係 :)

住所 Tel.....

氏名(自署) 印