

人工妊娠中絶術 についての 同意書

心斎橋駅前婦人科クリニック院長 奥 きくお 殿

- **母体保護法(1996年改正) 第14条に基づいて、人工妊娠中絶術を行うことを同意いたします。**
(一) 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
(二) 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの
- 人工妊娠中絶術の『方法』、『麻酔』、『合併症』、『危険度』、『対策』についての説明 (別紙あり)を読み聞きし、了解・納得しました。
(※起こりうる合併症: 子宮穿孔、子宮内容物の遺残、出血過多、術後感染症、子宮頸管裂傷、子宮収縮不全、子宮内膜癒着、麻酔のトラブルやアレルギー、異所性妊娠のリスクなど)
- 術前・術後の注意事項を きちんと守ります。
- 手術中に緊急の処置を要する事態が生じた場合、私の同意をとることが不可能な状態のときには、その際に考えられる、最善の処置をとっていただくように依頼します。

以上の内容を了解、納得しましたので人工妊娠中絶術に同意し、その施行を依頼します。

同意日 (西暦) 年 月 日

() 本人 住所 _____
氏名(自署) _____
生年月日(西暦) 年 月 日
TEL _____

() パートナー
配偶者 住所 _____
氏名(自署) _____
生年月日(西暦) 年 月 日
TEL _____

() 緊急連絡先 ☐ パートナー・配偶者と同じ

() 緊急連絡先 住所 _____
* 18 歳未満の場合は 氏名(自署) _____
本人の保護者 生年月日(西暦) 年 月 日
TEL _____ 続柄 _____

() 緊急連絡先 住所 _____
* 18 歳未満の場合は 氏名(自署) _____
パートナーの保護者 生年月日(西暦) 年 月 日
TEL _____ 続柄 _____

※本人・パートナーが 18 歳未満(17 歳以下)の場合、緊急連絡先欄に保護者氏名もご記入ください。

※誤字の訂正は修正箇所を二重線で消してその上に訂正印を押し、上部に正しい文字を書き加えてください。

※消せるボールペン及び修正テープを使用して記入した同意書は無効となります。