

人工妊娠中絶に対する同意書

- 母体保護法第 14 条に基づいて、法に則って人工妊娠中絶術を行います。
 1. 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恐れのあるもの
 2. 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗・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』について説明しました。
(※ 合併症：出血、子宮穿孔、感染症、子宮内遺残、アナフィラキシーショックなど)
- 術前、術後の注意事項を説明しました。
- 手術後、帰宅中における事故・トラブルに関しての責任は負いません。

天六レディースクリニック 今井健至

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。

同意日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 氏名 (自署) _____ 印
住所 _____
TEL _____

配偶者 氏名 (自署) _____ 印
住所 _____
TEL _____

緊急連絡先 氏名 _____ 関係性 _____
TEL _____

※未婚の場合は配偶者欄は空欄で構いません。

※本人が未成年の場合は、緊急連絡先に必ず本人保護者氏名をご記入ください。

※誤字の訂正は修正箇所を二重線で消してその上訂正印を押して下さい。

※修正テープおよび修正液は無効となります。