

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』についての説明を了解、納得しました（※起こりうる合併症：子宮穿孔、子宮収縮不全、感染症、子宮内腔癒着、子宮内容物の遺残、出血、子宮頸管裂傷、麻酔のトラブルやアレルギー、異所性妊娠の可能性など）
- 術前、術後の注意事項を必ず守り、当該手術についての異議申し立てをしません
- 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
- 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

心斎橋駅前婦人科クリニック 院長 奥きくお

同意日 (西暦) 年 月 日

MVAの有無 希望します 希望しません

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

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

本人の 保護者 住所 _____
氏名(自署) _____ 印
生年月日(西暦) 年 月 日
TEL _____

パートナーの 保護者 住所 _____
氏名(自署) _____ 印
生年月日(西暦) 年 月 日
TEL _____

※本人、パートナーが未成年の場合、上記保護者氏名もご記入ください。

※「印」についてサインは不可となります。

※消せるボールペンを使用して記入した同意書は無効となります。

※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、上部に正しい語を書き加えてください。

修正液および修正テープでの修正は無効となります。