

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ます
 - 当該手術にかかる以後の経過については一切苦情を申しません
 - 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。

心齋橋駅前婦人科クリニック 院長 奥 きくお

* MVA を 希望します 希望しません

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 住所 _____
配偶者 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、上部に正しい語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。