

[表面]

人工妊娠中絶手術の同意書

母体保護法第14条に該当するため、人工妊娠中絶手術を行います。

以下の内容について、医師より十分に説明を行いました。

- 中絶手術の方法について
- 使用する麻酔について
- 合併症とリスク(出血、子宮穿孔、感染症、子宮内遺残、アナフィラキシー等)
- 術後の注意事項について
- 術後検診について

上記の内容を理解し納得した上で、私は本手術に同意し、その実施を依頼します。

なお、手術中または術後に突発的な事態が発生した場合には、適切な処置を速やかに行います。そのような際は、当院から緊急連絡先の方へご連絡をしますので、手術同意書の所定欄へ必ずご記入をお願いします。

【同意日】令和 年 月 日

【医療機関】ひよりレディースクリニック福岡博多 院長 橋田修

[裏面]

【本人】

氏名(自署): _____ 印

住所: _____

電話番号: _____

【配偶者(パートナー)】※既婚の場合は原則必須

氏名(自署): _____ 印

住所: _____

電話番号: _____

【保護者】※未成年のみ原則必須

氏名(自署): _____ 印

住所: _____

電話番号: _____

【緊急連絡先(本人との続柄: _____)】

氏名: _____

電話番号: _____