

# 人工妊娠中絶に対する同意書

## 1. 人工妊娠中絶について

人工妊娠中絶は母体保護法第14条に該当する場合に施行することができます。

## 2. 手術に伴う合併症

手術は慎重に行いますが、子宮の穿孔、子宮収縮不全、遺残、頸管裂傷、子宮内癒着、麻酔によるトラブルやアレルギーなどの合併症を引き起こす可能性があります。

## 3. 留意点

手術中や手術後に緊急事態が発生した場合には、その時点で最善に治療法をとるようにします。またできるだけ早く配偶者やパートナー、保護者の方に連絡をします。同意書には必ず連絡先の電話番号をご記入ください。また、手術当日はその方と連絡が取れるようにしてください。

手術後に術後検診があります。指定された日に必ず受診してください。

ゆう ART クリニック 院長 大溪有子 殿

上記について十分な説明を受け、理解しましたので人工妊娠中絶に同意し、施行を依頼します。

母体保護法第14条に基づいて、法に則って人工妊娠中絶を行うことに同意します。

術前、術後の注意事項を守り、当該手術について異議申し立てをしません。

同意年月日 西暦 年 月 日

### 【本人】

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

### 【配偶者・パートナー】

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

### 【本人の保護者】 ※本人が18歳以下の場合記入

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

### 【配偶者・パートナーの保護者】 ※パートナーが18歳以下の場合記入

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

氏名(自署) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

※ 自署での署名がない場合や記入漏れがある場合は同意書を受理できません。

※ この同意書を提出しない場合は手術を実施できません。