

《 _____ 様の人工妊娠中絶術に対する同意書》 (H30.04.23)

1. 診察の結果 妊娠 _____ 週 _____ 日相当と診断しました。
2. あなたは母体保護法第14条に該当するため、法に則って人工妊娠中絶術を施行します。
3. あなたの人工妊娠中絶術の「方法」、「静脈麻酔」、「危険度」、「対策」について説明しました。(人工妊娠中絶術(妊娠12週未満)についての説明書)
4. 《手術の注意事項》を必ず守ってください。

以上の説明を行いました。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

井上産婦人科クリニック

〒700-0903 岡山市北区幸町4-12 河田ビル3階

電話：086-801-0037

※ 医師：井上 隆 ⑩

以上の説明を了解、納得しましたので、この手術に同意し、その施行を依頼致します。

● 本人：住所 _____ TEL _____

氏名(自署) _____ ⑩ (_____ 才)

● 配偶者(未婚の場合は相手)：

住所 _____ TEL _____

氏名(自署) _____ ⑩ (_____ 才)

■ 緊急時連絡先(配偶者、親族の方のみ。未婚の方の相手は不可)：

住所 _____ TEL _____

(続柄： _____) 氏名 _____ (_____ 才)

(未成年者の場合)

・本人の親権者：住所 _____ TEL _____

(続柄： _____) 氏名(自署) _____ ⑩ (_____ 才)

・相手の親権者：住所 _____ TEL _____

(続柄： _____) 氏名(自署) _____ ⑩ (_____ 才)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 医師： _____ 殿