

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。
- 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。
- 手術後、1人で帰宅する場合、帰宅中における事故・トラブルに関する責任は問いません。
- 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。

シュシュレディースクリニック戸田公園 院長 前出 喜信

※18歳未満の場合、保護者欄もご記入ください。未婚の方はパートナーの同意は不要です。

同意日 (西暦) 年 月 日

本人

氏名(自署) _____ 印 又は 拇印

生年月日(西暦) 年 月 日

TEL _____

配偶者(既婚の方のみ)

氏名(自署) _____ 印 又は 拇印

生年月日(西暦) 年 月 日

TEL _____

保護者(未成年の方のみ)

氏名(自署) _____ 印 又は 拇印

生年月日(西暦) 年 月 日

TEL _____

緊急連絡先

氏名 _____ 関係性 _____

TEL _____

※印はサイン不可となります。

※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。