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。
- 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。
- 当院の術前検査にて血液が感染経路となる感染症『HIV・梅毒・B 型肝炎・C 型肝炎』が陽性（再感染または感染力があると判断された場合を含む）となった場合は MVA 吸引式法で手術を受け、リスク管理料を支払います。
- 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・トラブルに関しての責任は問いません。

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。

新宿駅前婦人科クリニック　院長　平川　絵莉子

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

パートナー　氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　又は　拇印
生年月日（西暦）　　年　　月　　日
TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人の保護者　氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　又は　拇印
生年月日（西暦）　　年　　月　　日
TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

パートナーの保護者　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（カナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　関係性＿＿＿＿＿＿＿＿
TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本人、パートナーが未成年の場合、上記保護者氏名もご記入ください。
※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。