

人工妊娠中絶に対する同意書

_____ 殿

- 1 診察の結果現在妊娠____週です。
 - 2 あなたは母体保護法第14条に該当する為、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の方法、麻酔について説明しました。また、危険度及び対策についても説明しました。
 - 4 術前術後についての注意事項について、必ず守ってください。
- 以上の説明を行いました。

以上の説明を了解、納得しましたので、この手術に関して同意し、その施行を依頼します。

本人 住所 _____
電話 _____
氏名 _____ 印

配偶者 住所 _____
電話 _____
氏名 _____ 印

緊急連絡先 氏名 _____ 電話 _____

(患者様が未成年の場合は、保護者の方の同意が必要な為、氏名・電話番号をご記入下さい)

保護者 氏名 _____ 電話 _____

保護者 氏名 _____ 電話 _____

令和 年 月 日

門真市向島町3-35
神道レディースクリニック
院長 神道 寿勇
06-6905-8007