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に同意いたします。

母体保護法第 14 条 第 1 項： 第 1 号 妊娠の継続または分娩が身体的また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 第 2 号 暴行若しくは脅迫によってまた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し、納得しました。

おこりうる合併症：子宮穿孔、子宮収縮不全、感染症、子宮内腔癒着、子宮内容物遺残、出血、子宮頚管裂傷、麻酔のトラブルやアレルギー、異所性妊娠の可能性など

●術前、術後の注意事項を必ず守ります。

注意事項：指定された時間からの飲水飲食禁止、マニキュア・はずせるネイル・コンタクトレンズ・入れ歯等は手術時はずすこと、手術後 30～60 分安静、帰宅時は自動車等の運転禁止、入浴や性交に関する制限など

●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には、最善の処置をとっていただくように依頼します。

●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。

大宮駅前婦人科クリニック　　院長　髙橋　真　殿

（手術日）　　年　　月　　日（妊娠　　週）

【本人】

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞　年齢　＿＿歳

【配偶者・パートナー】

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞　年齢　＿＿歳

【本人の保護者】※本人が未婚かつ 18 歳以下の場合記入

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞　本人との続柄　＿＿＿

【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）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞　パートナーとの続柄　＿＿＿

（※シャチハタ印は不可）