

人工妊娠中絶手術同意書ならびに承諾書

平成 年 月 日

- 一、母体保護法に基づく人工妊娠中絶手術を依頼し、かつ施術に同意し療養上の注意を守ります。
- 二、手術前の処置、手術の危険性、合併症・偶発症（子宮穿孔、出血、内容物の遺残、術後の不妊）などについての十分な説明を受け了解しました。
- 三、麻酔については静脈麻酔を行うことについて了解いたしました。
- 四、手術に必要な血液検査、感染症 HIV 検査を行うことも了解しました。

本人（自署）氏名 _____ 印
（昭和 平成 年 月 日生）

住所 _____
☎ _____

配偶者(自署) 氏名 _____ 印

住所 _____
☎ _____

緊急時連絡先
氏名 _____ (本人との続柄： _____)

住所
☎

説明医師
産婦人科・麻酔科

天神レディースクリニック
森智恵子