

## 人工妊娠中絶手術同意書ならびに承諾書

令和 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、感染症、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  
（昭和 平成 年 月 日生）

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