

# 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。  
(※起こりうる合併症：子宮穿孔、子宮収縮不全、感染症、子宮内腔癒着、子宮内容物の遺残、出血、子宮頸管裂傷、麻酔のトラブルやアレルギー、異所性妊娠の可能性など)
- 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。
- 術前、術後の注意事項を必ず守ります。
- 当該手術にかかる以後の経過については一切苦情を申しません。

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 内藤宏明

同意日 (西暦) 年 月 日

本人 住所 Tel

氏名(自署) 印 又は 拇印

生年月日(西暦) 年 月 日

※本人が未成年の場合、下記保護者署名もご記入ください。

※緊急連絡先を必ずご記入ください。(押印は不要です)

保護者 住所 Tel

又は 氏名(自署) 印 又は 拇印

緊急連絡先 関係性

※印はサインは不可となります

※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

※誤字の場合は修正箇所を二重線で消して二重線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