

人工妊娠中絶に対する同意書

_____ 殿

1. 診察の結果ほぼ妊娠_____週と診断しました。
2. あなたは母体保護法第14条に該当するため、法に則って人工妊娠中絶を施行します。
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。
「危険度」および「対策」についても説明しました。
4. 術前の注意事項を必ず守ってください。

以上の説明を行いました。

_____年 _____月 _____日 名称：レディースホームクリニックやわた
医師：計良 和範

以上の説明を了解、納得しましたので、この手術に同意し、その施行を依頼いたします。

本人氏名（自署）： _____
住 所： _____
電話番号： _____

※配偶者の有無：（ あり ・ なし ）

配偶者氏名（自署）： _____
住 所： _____
電話番号： _____

保護者または緊急連絡先 氏名： _____ 続柄 _____
住 所： _____
電話番号： _____

記入日： _____年 _____月 _____日

医 師： _____計良 和範 殿

