

《_____様の人工妊娠中絶術に対する同意書》 (2020.4.8)

1. 診察の結果 妊娠 _____ 週 _____ 日相当と診断しました。
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術を施行します。
3. あなたの人工妊娠中絶術の「方法」、「静脈麻酔」、「危険度」、「対策」について説明しました。《人工妊娠中絶術(妊娠12週未満)についての説明書》
4. 《手術の注意事項》を必ず守ってください。

以上の説明を行いました。

202 年 _____ 月 _____ 日

ラソワレディースクリニック赤坂
〒107-0052 東京都港区赤坂4-5-6 クレアツィオーネ赤坂
電話:03-6230-9990 医師: 吉川 研

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

● 本人:住所 _____ TEL _____

氏名(自署) _____ 印 (_____ 才)

● 配偶者(お相手の方):

住所 _____ TEL _____

氏名(自署) _____ 印 (_____ 才)

■ 緊急時連絡先:

住所 _____ TEL _____

氏名 _____ (続柄: _____)

202 年 _____ 月 _____ 日

医師: _____ 殿