

説明書

殿

- 1, あなたは母体保護法第14条第1号(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)に該当すると判断されましたので、下記の同意を得た上で法にのっとり第14条による人工妊娠中絶手術を実施します。
- 2, 診察の結果、ほぼ妊娠 週と診断いたしました。
- 3, 人工妊娠中絶手術の前処置、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)などについて説明いたしました。また、中絶手術の「方法」「麻酔」「副作用」および関連事項についても説明いたしました。
- 4, 術前・術後の注意事項を必ず守ってください。

20 年 月 日 医療機関所在地 大阪府大阪市中央区心斎橋筋 1-10-12 トレスビル 8 階
名 称 心斎橋レディースクリニック
医 師 辺見 貴至

医師 辺見 貴至 殿

同意書

以上の説明を受けて了承、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。

なお、本手術実施中に緊急の処置を要する事態が生じ、改めて私の同意を取ることが不可能な場合には、最善の処置を取っていただくようお願いいたします。

20 年 月 日

本人 住所 電話

氏名(自署)

生年月日 年 月 日生 (満 歳)

配偶者 住所 電話

氏名(自署)

生年月日 年 月 日生 (満 歳)

保護者 住所 電話

氏名(自署) (印)