

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術を施行します。
3. あなたは〔未・経 産婦、その他 _____〕の理由により、約 _____ 日間の入院が必要となります。
4. 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。
5. 術前の注意事項を必ず守って下さい。

以上の説明を行いました。

年 _____ 月 _____ 日 住所 京都市南区唐橋平垣町 68
島岡 医院
医師 島岡 昌幸

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 _____

配偶者またはお相手の方
住所 _____ Tel _____
氏名（自署） _____ 印 _____

連絡先 氏名 _____ Tel _____

年 _____ 月 _____ 日

医師 島岡 昌幸 殿