

【同意書】

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）

第 14 条第 2 号（暴行もしくは脅迫、抵抗も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）

に該当すると判断されますので、下記の同意を得た上で、法に則って第 14 条による人工妊娠中絶を施行します。

- ★ 人工妊娠中絶の方法・麻酔・副作用・および関連事項について説明いたしました。
- ★ 術前、術後の注意事項を必ず守ってください。

〒532-0023 大阪市淀川区十三東 2-5-15-1F

かわばたレディースクリニック

院長 河端 良一

以上の説明を受けて了解、納得しましたので、この手術も同意し、その施行を依頼します。

なお、関連する治療行為を一任の上、万一医療上不可抗力の事態が生じても異議を申し立てません。

本人 住所 _____ 電話 _____

（自筆） 氏名 _____ 印鑑または右手母印

相手 住所 _____ 電話 _____

（自筆） 氏名 _____ 印鑑または右手母印

緊急時の連絡先 （本人の 18 才以上の親族） 本人との関係 _____

住所 _____ 電話 _____

氏名 _____ 印鑑または右手母印

注意：配偶者等が不明またはその意志を表示することができないとき、その理由を記載してください。

【予約表】

来院日 月 日 （ 曜日）

※予約変更希望の場合は速やかに、電話にてキャンセル・再予約をお願いします※

持ち物 ①同意書（この用紙）注意：署名・捺印確認 ②手術費用

処置内容 MVA・DC ラミナリア挿入

注意事項 術後 1 週間は入浴できません、シャワーのみです。