

手術依頼ならびに同意書

母体保護法指定医師 _____ 殿

年 月 日

母体保護法第14条第 号により人工妊娠中絶術を受けることを希望します。その内容は文章又は口頭で説明を受け、十分納得しました。妊娠の中絶に関しては貴院にご迷惑をおかけしません。

患者氏名(自署) _____ ⑩ 年令 才(年 月生)

住 所 _____

電話番号 _____ 職業 _____

配偶者、パートナー氏名(自署) _____ ⑩

年 令 才、 連絡先電話 _____

住 所 _____

親 権 者(自署) _____ ⑩ 電話 _____

住 所 _____

患者さんが未成年(特に18歳未満)の場合、親権者の氏名を記入捺印して下さい。

◎以下のことは大切ですから必ず記入して下さい。

結婚(年 月 日)、 内縁、 未婚

過去の妊娠 回(分娩 回、中絶 回、流産 回、子供の数 人)

今回の最終月経は 年 月 日から 日間

◎現在、以下の症状があれば○で囲んで下さい。

食欲不振、 はきけ、 嘔吐、 めまい、 全身倦怠、 喘息
浮腫、 頭痛、 不眠、 心悸亢進、 腹痛、 出血

◎現在治療を受けている病気があれば詳しく記入してください。

◎過去にかかった病気があれば記入して下さい。

◎薬でアレルギーがあれば必ず記入して下さい。

人工妊娠中絶手術 同意書

母体保護法により人工妊娠中絶を行います。

静脈麻酔を行い、吸引法により子宮内容除去術を行います。

麻酔による呼吸不全、子宮損傷または穿孔、それらによる入院や開腹手術、術中の状態の急変や子宮頸管狭小による手術操作の継続困難、子宮内組織遺残による後日の再手術などのリスクがあります。

術後は出血、腹痛、発熱などの症状が出る場合があります。

ご本人とパートナー（既婚の方は法的配偶者）の同意が必要です。

可能な限りの手段をとってもパートナーと連絡が取れない、同時期に複数の相手との性行為があり、妊娠成立のパートナーを特定できないときはパートナーの同意は必要ありません。

※手術当日に自然流産が確認されても手術料金は自費になります。

上記の説明を受け納得しましたので手術の実施を承諾します。

ご本人

住所 _____

氏名（自署） _____ 印

電話番号 _____

パートナー（配偶者）

住所 _____

氏名（自署） _____ 印

電話番号 _____

ご本人の親権者（ご本人が18歳未満の場合）

住所 _____

氏名（自署） _____ 印

電話番号 _____

※パートナーの同意が得られない場合の理由

_____ 印

緊急連絡先

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____