

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。

令和 年 月 日 住所

医師

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（ ）
住所.....Tel.....
氏名（自署）.....印

連絡先.....
.....Tel.....

令和 年 月 日

医師 殿