

# [同意書]

# 様

- ☆ あなたを本日の診察の結果妊娠 週と診断しました。
- ☆ 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

平成 年 月 日 〒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、この手術に同意し、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、万一医学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  
(自署) 氏名 印鑑または右手母印

☆相手 (配偶者等胎児の父親)  
住所 電話  
(自署) 氏名 印鑑または右手母印

☆緊急時の連絡先  
住所 電話  
氏名 本人との関係

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、その旨下記のうえ親権者の氏名を記載  
捺印してください

平成 年 月 日 医師 河端良一殿

## 予約表

来院日 月 日 ( 曜日) 時 分  
(都合で変更希望の場合は電話にてキャンセル・再予約して下さい)

その時持って来るもの ☆ 同意書 (この用紙) 署名・捺印を間違いなく  
☆ 手術料金

その時する処置 ラミナリア挿入

注意事項 ラミナリア挿入後から術後1週間くらい入浴できません、シャワーのみになります。

年 月 日 かわばたレディースクリニック  
院長 河端良一