

# <<同意書の書き方>>

(愛知県産婦人科医会)

## 手術依頼ならびに同意書

母体保護法指定医師 \_\_\_\_\_ 殿

① \_\_\_\_\_ 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 ↑ **ご手術当日の日付を記入**  
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

②③それぞれご自身の直筆でご記入ください。

② 患者氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_ 年 令 \_\_\_\_\_ 才 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月生)

④ 住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

◎シャチハタの印鑑は使えません。

◎同姓でも別々の印鑑をご使用ください。

③ 配偶者、パートナー氏名(自署) \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ 年 令 \_\_\_\_\_ 才、 連絡先電話 \_\_\_\_\_

⑤ 住 所 \_\_\_\_\_

親 権 者(自署) \_\_\_\_\_ (印) 電話 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

**ご本人様が未成年の場合、  
親権者様のご署名とご印鑑が必要です。**

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。

⑥ ◎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

⑦ ◎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

⑧ ◎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。

⑨ ◎過去にかかった病気があれば記入して下さい。

⑩ ◎薬でアレルギーがあれば必ず記入して下さい。

④⑤ご住所が一緒でも”同上”は使えません。ご住所すべてをご記入ください。

⑥～⑩ ご記入ください。

## 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ことがあります。

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。

### ✓...ご記入ください。

#### ✓ご本人

住所 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

◎シャチハタの印鑑は使えません。

◎同姓でも別々の印鑑をご使用ください。

#### ✓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） ← 該当者のみご記入ください。（ご印鑑も）

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 ← 該当者のみご記入ください。

ご本人（自署） \_\_\_\_\_ 印

#### ✓緊急連絡先 ← こちらも必ずご記入ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_