

# 説 明 書

殿

1. あなたは母体保護法第 14 条第 号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。
2. 診察の結果ほぼ妊娠 週と診断いたしました。  
約 日間の入院が必要となります。
3. あなたの人工妊娠中絶手術の「方法」「麻酔」「副作用」および関連事項についても説明しました。
4. 術前・術後の注意事項を必ず守って下さい。

平成 年 月 日

医療機関所在地：〒542-0083 大阪府中央区東心斎橋 1-7-8 心斎橋井上ビル 2F

TEL：06-6241-5814 / FAX：06-6241-5824

名称：医療法人 大生會 さくま診療所

医師：院長 佐久間 航

医師 佐久間 航 殿

## 同 意 書

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、その施行を依頼致します。

なお、本手術実施中に緊急の処置を要する自体が生じ、改めて私の同意を取る事が不可能な場合には、最善の処置を取っていただくようお願い致します。

平成 年 月 日

本人 住所

電話

氏名（自著）

印

配偶者（または親権者）

住所

電話

氏名（自著）

印

連絡先

印

電話

### ※記載上の注意事項

本人が未成年の場合であって、配偶者が知れない時、又はその意思を表示することができない時はその旨配偶者に記載し、親権者の氏名を記載捺印して下さい。