

人工妊娠中絶手術に係る同意書

・母体保護法への準拠について

法第14条に基づき、身体的・経済的理由、または暴行・脅迫による妊娠であるため、法に則って三ノ宮駅前レディースクリニックにて人工妊娠中絶手術を行うことに同意いたします。

・リスクの説明について

三ノ宮駅前レディースクリニックにおける手術方法（吸引法等）をはじめ、麻酔に伴うリスクやアレルギー、合併症（出血、子宮内腔癒着、子宮内容物の遺残、子宮損傷等）、子宮収縮不全、および異所性妊娠の可能性について、医師より十分な説明を受け、内容を完全に理解し納得いたしました。

・緊急時の対応について

手術中に緊急の処置が必要となり、本人による確認が困難な場合には、医師の判断による最善の処置を委ねることを承諾いたします。

・術前・術後について

術前および術後の指示については、厳格に遵守いたします。万一、指示に従わなかったことにより不測の事態が生じた場合、三ノ宮駅前レディースクリニックに対して一切の責任を問いません。

・個人的なトラブルについて

術後、パートナーとの間に生じた個人的なトラブルについて、三ノ宮駅前レディースクリニックは一切関与しないことを承諾いたします。

・パートナーの同意について

暴行や脅迫等の性犯罪に起因する妊娠、あるいは相手方の死亡、所在不明、連絡不能など、やむを得ない事由により相手方の署名が得られない場合は、母体保護法および本人の意思に基づき手術を実施することに同意いたします。その際、緊急連絡先の記入をもって、手続き上の要件を満たすものと承諾いたします。

□上記の事情に該当するため、相手方の署名を得ることが困難な状況にあります。つきましては、本人（私）の意思に基づき、パートナーの署名なしでの手術の実施を正式に依頼いたします。この場合、緊急連絡先の記入を必要としますので、下記「緊急連絡先」欄に緊急連絡を記入します。

・以上の各条項について十分に理解し、納得いたしました。つきましては、人工妊娠中絶術を受けることに同意し、その施行を三ノ宮駅前レディースクリニックへ正式に依頼いたします。

同意日 年 月 日
三ノ宮駅前レディースクリニック 院長 山下 衣里子

本人 氏名【 _____ 】 印
【住所】〒 _____ TEL: _____

パートナー 緊急連絡先 氏名【 _____ 】 印
【住所】〒 _____ TEL: _____

◎本人が18歳未満の場合：保護者 氏名【 _____ 】 印
【住所】〒 _____ TEL: _____