

人工妊娠中絶に対する同意書

TAKA LADIES CLINIC 御中

■ 母体保護法第 14 条に基づいて、法に則って人工妊娠中絶術を行うことを同意いたします。

(1) 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

(2) 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若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

■ 手術中に緊急の処置を要する事態が生じ、改めて私の同意をとることが不可能な場合は、最善の処置をとって頂くように依頼します。

■ 術前・術後の注意事項を必ず守り、当該手術について異議申し立てをしません。

以上の内容を了解・納得しましたので、人工妊娠中絶術に同意しその施行を依頼します。

同意日 (西暦) 年 月 日

住所 〒
.....
TEL
.....
本人 氏名 (自署) 印
.....
生年月日 (西暦) 年 月 日

住所 〒
.....
TEL
.....
保護者 氏名 (自署) 印
.....
生年月日 (西暦) 年 月 日

※ご本人様が未成年の場合、上記保護者氏名もご記入ください。

※「印」の箇所はサインは不可です。必ず押印が必要です。

※ボールペン等でご記入ください。消せるボールペンや鉛筆を使用して記入した同意書は無効となります。

※誤字訂正は修正箇所を二重線で消してその上に訂正印を押し、上部に正しい内容を書き加えてください。

※修正液および修正テープでの修正は無効となります。