

人工流产手术同意书

- 本人同意在基于《母体保护法》第十四条规定下，遵循法律进行人工流产。
 - 一 因身体上的或经济上的原由，继续妊娠或分娩，可能会对母体的健康有显著危害时
 - 二 因暴力、威胁或无法反抗拒绝的非自愿性行为妊娠者
- 我已了解并同意关于人工流产手术的『方法』、『麻醉』、『并发症』、『风险』、『对策』的说明。
- 我承诺严守手术前、手术后的注意事项，亦不提出关于此手术的异议。
- 手术过程中，发生需要紧急处理的事态，无法再次获取我的同意时，于此委请采取最佳的处理。
- 手术后，自行返家途中发生的事故・纷争，我承诺不问责于贵院。
- 依据母体保护法，如果配偶者进行人工妊娠中止（人工流产），除了本人之外，还需要配偶（丈夫）的同意。
- 上述内容我已清楚了解，本人同意并委由贵院执行人工流产手术。

グランレディースクリニック渋谷 院長 杉浦 由紀子

同意日 (西历) 年 月 日

本人 姓名（签名） 印 或 拇指印
生年月日（西历） 年 月 日
TEL

配偶 姓名（签名） 印 或 拇指印
生年月日（西历） 年 月 日
TEL

本人的 姓名（签名） 印 或 拇指印
监护人 生年月日（西历） 年 月 日
TEL

配偶的 姓名（签名） 印 或 拇指印
监护人 生年月日（西历） 年 月 日
TEL

紧急联络人 姓名 关系
TEL

※本人、伴侣尚未成年时，请同时填记上方监护人姓名栏。

※签名不可替代印记。

※使用可消除式原子笔填记的同意书不具效力。

※误记更正，修改处双线划消并于该处用印，请在上方加记书写正确文句。

修正液或修正带的修正，依例无效。