同 意 書

母体保護法第14条1項1号により人工妊娠中絶を受けることを同意します。

年 月 日

本人（自署）

フガナ

氏名

印

〒

住所

TEL

生年月日 年 月 日生（満 歳）

配偶者またはお相手の方（自署）

氏名

印

住所

TEL

生年月日 年 月 日生（満 歳）

処置中の緊急連絡先（ご本人様以外）

氏 名

TEL

手術を安全にするため、次の注意を守って下さい。

1. 予約された日時を厳守して下さい。（ 月 日 曜日 時 分）
2. 手術の事故の多くは麻酔の時に起こります。
麻酔を安全に行う為に手術の前の食事は絶対しないでください。
3. 前夜は入浴して清潔にし、睡眠を十分に取って下さい。
4. 麻酔中の顔色がよく分かるよう、濃い化粧はお控え下さい。
5. 生理用ナプキン（夜用2～3枚）と生理用ショーツは必ず持参して下さい。
6. 貴重品はお持ちにならないで下さい。
7. これまでにかかった病気や、お薬のアレルギーなどあればご記入ください。

（ ）