

同意書

母体保護法第14条1項 号、により人工妊娠中絶を受けることを同意します。

平成 年 月 日

本人（自署）

氏名 ⑩

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 ⑩

住所

Tel

生年月日 年 月 日生（満 歳）

<連絡先>

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）
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お越しく下さい。
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。

（ ）