

# 人工妊娠中絶術の承諾書

私は、手術のリスク、合併症の可能性および予後について十分な説明を受け、かつ、それに対する十分な質問の機会を与えられ、納得しましたので、貴院で手術を受けることを承諾致します。

また、手術中および手術後に緊急の処置をする必要が生じた時は、客観的見地より医師が必要かつ適切と判断した措置およびこれに関する一切の診療行為についても承諾致します。

令和 年 月 日

本人氏名： \_\_\_\_\_ 印

住 所： \_\_\_\_\_

配偶者（パートナー）氏名 \_\_\_\_\_ 印

配偶者（パートナー）住所 \_\_\_\_\_

慈誠会病院院長