手術依頼ならびに同意書

母体保護法指定医師　清水　喜代治　殿

年　　月　　日

母体保護法第14条第　　号により人工妊娠中絶術を受けることを希望します。その内容は文章又は口頭で説明を受け、十分納得しました。妊娠の中絶に関しては貴院にご迷惑をおかけしません。

患者氏名(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　年令　　才(　　年　　月生)

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職業＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

配偶者、パートナー氏名(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

年　　令　　才、　連絡先電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親 権 者(自署)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者さんが未成年(特に18歳未満)の場合、親権者の氏名を記入捺印して下さい。

◎以下のことは大切ですから必ず記入して下さい。

結婚(　　年　　月　　日)、　内縁、　未婚

過去の妊娠　　回(分娩　　回、中絶　　回、流産　　回、子供の数　　人)

今回の最終月経は　　年　　月　　日から　　日間

◎現在、以下の症状があれば○で囲んで下さい。

食欲不振、　はきけ、　嘔　吐、　め ま い、　全身倦怠、　喘　息

浮　　腫、　頭　痛、　不　眠、　心悸亢進、　腹　　痛、　出　血

◎現在治療を受けている病気があれば詳しく記入してください。

◎過去にかかった病気があれば記入して下さい。

◎薬でアレルギーがあれば必ず記入して下さい。