

# 同意文書

医療法人社団 敬創会

ガーデンヒルズウィメンズクリニック 院長殿

別紙のとおり、人工妊娠中絶（妊娠12週未満）の説明文書を受け取り、  
下記の□にチェック（☑）を付けた項目について説明を受けました。

1.  診断名、病態について
2.  実施予定の治療の目的と内容について
3.  有効性、成功率と危険性（合併症、副作用等）について
4.  積極的な治療を行わない場合の予後予測について
5.  実施予定医療の代替となる医療の効果、成功率と危険性について
6.  セカンドオピニオンについて
7.  同意の撤回および不同意について
8.  質問の機会について
9.  予測される医療費について
10.  その他

## 【説明医師の署名欄】

説明日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

診療科： \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_

## 【ご本人の署名欄】

上記の内容を理解した上で、

同意します。       今回は同意しません。

同意年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご本人 氏名（署名）： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

## 【代諾者の署名欄】

上記の内容を理解した上で、

同意します。       今回は同意しません。

同意年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

代諾者 氏名（署名）： \_\_\_\_\_

患者との間柄： \_\_\_\_\_