

# 人工妊娠中絶（妊娠 12 週未満）の説明同意書

この説明文書は、患者様の理解を深めるためのものですのでよくお読みになり、治療を受けるかどうかご検討ください。この治療を受けるかどうかはご自身の自由です。内容を十分に理解し、納得された上で、同意書に署名してください。説明の中でわかりにくい言葉や疑問、質問がありましたらどんなことでも遠慮なくお尋ねください。なお、この説明文書中の予測される効果、成功率と危険性（合併症、副作用等）の項目において「～%」と記載しています。このお示している数字はあくまでも可能性であり、患者様の病状によっては数字が変わることを理解した上で、参考にしてください。

## 1. 診断名、病態

妊娠（妊娠週数は診察した医師の判断で決定されます）

## 2. 実施予定の治療の目的と内容

### 【目的】

母体保護法に基づき人工妊娠中絶を実施し、妊娠を終結させます。

### 【内容】

- ① 子宮内容除去：手術室で麻酔がかかったあと、子宮内容物を吸引器もしくは鉗子で除去します。
- ② 手術時間は 10～20 分程度です。

## 3. 有効性、成功率と危険性（合併症、副作用等）

### 【有効性・成功率】

手術を行うことで妊娠を終結することができます。

### 【危険性】

- ① 子宮穿孔（裂傷、穿孔）：頸管拡張時や子宮内容除去時に子宮を損傷することがあります。
- ② 子宮・付属器の感染：手術直前に感染予防のための抗菌薬を投与します。感染の状況によっては術後も抗菌薬投与が必要になることがあります。
- ③ 子宮内容物の遺残：胎盤、纖毛組織が子宮腔内に遺残し、分娩後出血が持続することがあります。状態によっては追加の検査、薬物療法、再手術が必要となることがあります。
- ④ 多量出血と貧血：手術に伴って出血が多くなることがあります。貧血をきたした場合には、鉄剤投与や輸血を行うことがあります。貧血をきたした場合には、高次医療機関への搬送が必要となることがあります。

## 4. 積極的な治療を行わない場合の予後予測

手術を行わず、妊娠週数が進むと、子宮内容が増大します。それに伴って手術実施時の出血量増加、子宮内組織遺残のリスクの増大など、母体侵襲が大きくなります。また、妊娠 12 週を超えた場合は子宮収縮薬を用いる分娩形式での処置が必要になります。

## 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

妊娠 9 週までは内服の人工妊娠中絶薬を服用することができます。内服後 24 時間以内の人工妊娠中絶成功率は 93.3% です。内服後 1 週間経過しても子宮内容物が排泄されない場合は、手術が必要になることがあります。

## 6. セカンドオピニオン

治療について、他の医療機関等を自由に選択し、意見を求める（セカンドオピニオン）が可能です。セカンドオピニオンを求める場合は、いつでもスタッフにご相談ください。

## 7. 同意の撤回および不同意

ご自身の希望により、同意した後、いつでも同意を撤回することができます。同意を撤回しても不利益を受けることは一切ありません。

## 8. 質問の機会

ご自身が検討されている手術について不明な点がありましたら、いつでもスタッフにご相談ください。

## 9. 予測される医療費

治療内容によって費用が異なります。詳細は受付スタッフまでお問い合わせください。

## 10. その他

母体保護法に基づき治療を実施します。可能な限り配偶者/パートナーの自筆での署名をお願いします。

# 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）：\_\_\_\_\_ 印  
生年月日：\_\_\_\_\_

## 【配偶者の署名欄】

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

氏名（署名）：\_\_\_\_\_ 印  
患者との間柄：\_\_\_\_\_