

パイプカット(男性避妊手術)に関する同意書

医療法人社団 誠真中央会 静岡中央クリニック 宛

私はパイプカット(男性避妊手術)を貴院へ依頼するにあたり、以下の事項を理解、承諾し、母体保護法に基づいたパイプカット(男性避妊手術)を受けることを署名にて申し込みます。

ご確認いただいた項目の□に✓をご記入ください。

- ☐ パイプカット(男性避妊手術)に関して インフォームドコンセントに基づき、担当医師から治療を行う事により得られる効果と付随する合併症などについて十分な説明を受け了承しました。
- ☐ 治療にあたり、貴院に提出した書類(配偶者同意書、問診書等)に虚偽の記載はありません。
- ☐ 陰のうを切開し縫合いたしますが、術後経過によっては再治療・再縫合のため改めて来院していただく場合があります。
- ☐ 手術後に一時的な腫れや内出血、結紮部分のしこりが生じる事があります。
- ☐ 手術後もしばらくの間は精液内に精子が含まれており、精液検査で精子が見つからなくなるまで避妊が必要です。手術後は、20回以上射精の後、精子検査を受けることをお勧めいたします。
- ☐ 精液検査で無精子が確認できない場合は再手術を行う場合があります。
- ☐ 非常に稀なケースですが、無精子が確認された後も2000組に1例の割合で妊娠する場合があります。無精子が確認された後も100%妊娠を防止できるわけではないことをご理解ください。
- ☐ 両側の精管を切除し、男性避妊を行う手術の為、元に戻す事は非常に困難です。

上記内容を十分理解し、母体保護法に基づいてパイプカット術(男性避妊手術)を受けることを希望します。

年 月 日 患者氏名

印

住所

上記内容を十分理解した上で、夫 がパイプカット術(男性避妊手術)を
貴院で受けることに同意いたします。

年 月 日 配偶者氏名

印

住所