

手術同意書

目的： 避妊
術式および麻酔方法： 精管結紮切断術（パイプカット術）／局所浸潤麻酔
手術予定日： _____年____月____日（__）

上記の手術に関して、同意される場合には、以下の欄にご署名下さい。なお、同意された後でも、手術前に撤回することは可能です。

私は、上記手術に関する事項について十分な説明を受け、理解したうえで、この手術やそれに必要な処置を受けることに同意します。

また、①手術後は、パイプカットした精管を元に戻すことは原則としてできないので、再び 受精機能を回復させることはできないこと、②手術後も一定期間残留精子が存在するので、2ヵ月後以降に精子検査を受け、陰性が確認されるまで避妊することも理解しました。

（ご本人）
同意日： _____年____月____日（__）
氏名： _____

私にはすでに子供がおり、これ以上の妊娠・出産は私の身体に重大な負担・危険が生じるため、もしくは経済的理由で、これ以上の妊娠・出産を希望しません。私の配偶者（パートナー）が精管結紮切断術（パイプカット術）を受けることを同意します。

（妻もしくはパートナー）
同意日： _____年____月____日（__）
氏名： _____

上記署名者に対して手術について説明しました。

説明日： _____年____月____日（__）
医師氏名： _____