

2 か所切開法手術同意書

目的：避妊

術式及び麻酔方法：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、以下の欄にご署名ください。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、上記手術の冠する事項について十分な説明を受け、理解した上でこの手術や必要な処置を受けることに同意します。

- 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、再び造精機能を回復させることは出来ない
- ② 手術後も一定期間残留精子が存在するので、2 か月後に精子検査を受け陰性が確認されるまで避妊する

上記、十分な説明を受け理解しました。

ご本人様

同意日： 年 月 日

氏名： ⑩

住所：

私は既に子供がいる又は今後子供を望まない（妊娠・出産を希望しない）ため、私の配偶者が精管結紮切断術（パイプカット術）を受けることに同意します。

配偶者

同意日： 年 月 日

氏名： ⑩

住所：