

# パイプカット術 同意書

AMORE CLINIC

この度、貴院にてパイプカット術を希望致します。

①私は、( 過去 ・ 現在 ) 結婚しており、実子が 1 名以上います。

②私は、満 20 歳以上です。

③配偶者の同意を得ています。

※現在配偶者のいる方のみ

④手術後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なこと、一度受けると元に戻す(再生術)事は不可能に近いという事を理解しています。

⑤精管奇形の為に 3 本目の精管やバイパスが存在する場合は、100%の避妊術にならない可能性があることを理解しています。

上記の項目すべてに、同意致します。

令和 年 月 日

本人署名： \_\_\_\_\_ 印

妻 署名： \_\_\_\_\_ 印

※妻の欄は該当者のみ