

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配偶者またはパートナーの同意を得ています。

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。

⑥一旦精子数がゼロまたは、精子の減少を確認できた時点で終診となります。その後、理由を問わず、精子数が増加したり、妊娠が起こった場合も当院は一切の責任を負いません。

⑦パイプカット術を行なったのにも関わらず、精子数が減らない事例があります。当院の手術手技も含めて、理由を問わず、一切の申し立てはできませんので、ご了承ください。

⑧パイプカットを行なった後、再び子供が欲しいとなった場合でも、妊娠は不可能となります。術後、当院は一切の責任は負えませんので、不可逆的な手術であることを十分理解して、手術申込して下さい。

⑨違和感、痛みが継続的に続くことがあります。

⑩陰嚢に血腫、しこりなどができる可能性があります。

⑪出血、感染のリスクがあります。

⑫男性機能全般の低下の可能性があります。また、それに伴う付随症状の可能性が
あります。

⑬私は、上記内容を十分に理解しました。二度と戻せない手術であること、
また、原因不明の理由により手術が成立しないことのある可能性を理解し、
パイプカットの手術を申し込みます。

⑭上記内容に関して、本人はもちろん、配偶者、関係者などからの一切の申し立て
はできないことを確認して、手術を申し込みます。

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

妻またはパートナー署名：

印