

# 同意書 パイプカット術を受けられた方へ

AMORE CLINIC

この度、貴院にてパイプカット術を希望致します。

- ・私は、(過去・現在)結婚しており、実子が1名以上います。
- ・私は、満20歳以上です。
- ・配偶者の同意を得ています。※現在配偶者のいる方のみ
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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、手術申し立て下さい。
- ・違和感、痛みが継続的に続くことがあります。
- ・陰嚢に血腫、しこりなどができる可能性があります。
- ・出血、感染のリスクがあります。
- ・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。
- ・静脈麻酔、リラックス麻酔をご使用の方は、当日術後の運転は大変危険ですのでお控え下さい。
- ・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。
- ・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。
- ・術後3か月以内に精子検査のお申込みがない場合、別途22,000円発生いたします。

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)