

# 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、満 20 歳以上です。
- ・手術を受けることにより男性不妊症になること、男性機能全般が低下する可能性があることを理解しています。また、それに伴う不随の症状があることも理解しました。
- ・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貴院への責任を問いません。
- ・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。貴院の手術手技も含めて、理由を問わず、一切の申し立ては致しません。
- ・パイプカットを行なった後、子供が欲しいとなった場合でも、妊娠は不可能であることを理解しています。不可逆的な手術であることを十分納得の上、手術を申し込みます。
- ・術後違和感、痛みが継続的に続く場合がある事、陰嚢に血腫、しこりなどができる可能性があること、また、出血や感染のリスクがあることを理解しました。
- ・二度と元に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。
- ・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。
- ・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、自身の希望により手術を受けることに同意致します。
- ・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。

令和 年 月 日

本人署名： \_\_\_\_\_ ㊞

妻またはパートナー署名： \_\_\_\_\_ ㊞