

# パイプカット術 同意書

栄セントラルクリニック

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。
- 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。

本人署名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

妻 署名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_