

男性避妊手術同意書

光林クリニック院長殿

私たちは男性避妊手術（両側精管結紮切断術、通称パイプカット）を受けることを承諾のうえ同意いたします。

令和 年 月 日

氏名（ご主人）

印

氏名（奥様）

印

住所

アンケートにお答えください。（男性の方）

- 今までに局所麻酔の注射を受けたことがありますか？ はい いいえ
（例：歯医者さんで虫歯の治療の時に受ける痛み止めの注射など）
- 傷が治りにくい体質ですか？ はい いいえ
- 今までに大きな病気にかかったことがありますか？あればその病名を書いてください。
なし
- 今現在、常に服用しているお薬はありますか？あればその名前を書いてください。
なし
- 特に「血をサラサラにするお薬」を飲んでいませんか？ はい いいえ
- ウイルス性肝炎のキャリア（ウイルス保有者）ですか？ はい いいえ
- 独身の方は奥様の署名のところに「配偶者なし」とお書きください。
- 手術後3カ月以内に精液検査を必ず受けてください。（来院できない場合は精液の宅配便でも可） 検査を受けられない場合は一切の責任を負いかねます。
同意されますか？ はい いいえ