

パイプカット手術同意書

共立クリニック殿

私、 _____にはすでに複数の子供がおり、これ以上の妊娠・出産は私の身体に重大な負担・危険が生じるため、これ以上の妊娠・出産を希望しません。以上の理由により

下記条項を理解した上で、夫 _____がパイプカット手術を受けることに同意致します。

1. 手術後は、パイプカットした精管を元に戻すことは原則としてできないので、再び受精機能を回復させることはできません。
2. 手術後も一定期間残留精子が存在しますので、2ヵ月後に精子検査を受け、陰性が確認されるまで避妊が必要です。

平成 年 月 日

住所 _____

氏名 妻 _____ (印)