

精管結紮術 同意書

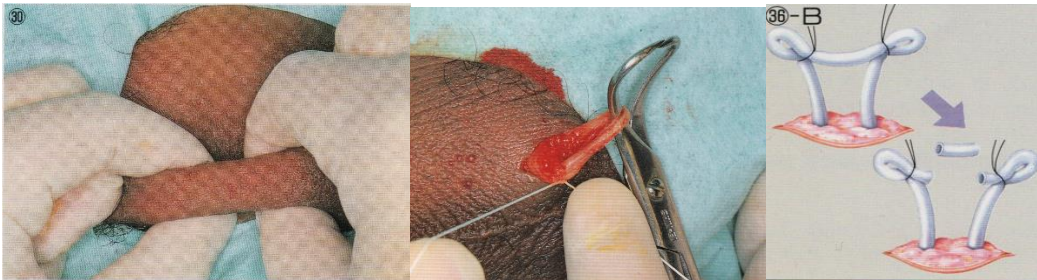
私たち夫婦は両側精管結紮術（パイプカット）の手術を受けることを希望します。

この手術により、男性不妊症になることを理解し、再開通手術が困難であることに同意します。

また 術後 精液検査にて精子の残存の有無を確認する必要性を理解いたします。文献的に 2000 人に 1 人 術後妊娠が発症したとの報告もあり 100% 避妊を保証できる施術ではありません。

手術日 R 年 月 日

合併症 陰囊切開部の疼痛、出血、陰嚢内血腫、創部感染、麻酔薬抗生剤アレルギー、結紮部位がしこりとして残存し半年間くらい違和感が残る可能性があります。



ももたろう腎泌尿器科クリニック R 年 月 日

上記内容について十分な説明を受け 母体保護法のもと手術に同意します。

R 年 月 日

氏名（ご主人）

氏名（奥様）