

同意書

大宮中央クリニック 御中

本日、依頼者：_____が

『両精管結紮切除術【パイプカット】』の手術を受ける事に同意致します。

治療方針や治療内容については十分説明を受け、すべて了承致しました。

精管結紮術（パイプカット）の方法ならびに合併症について理解し、納得の上で手術を申し込みます。

また、手術後もしばらくの間(個人差はあるが、射精 5 回～10 回程度)は精囊の中に精子が残っている為、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、手術後に精管を元に戻すことが困難なことを承知しています。

手術後の経過には個人差があることを理解し、このたびの治療に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置が発生した場合は、貴院の指示に従いますので善処されることを希望します。

※術後、精液内の精子はなくなりますが、射精可能で、射精感は変わりません。

※当院では、料金に術後の精液検査代が含まれております。

※精液検査【精液内に精子が存在しないことを確認する検査】

平成 年 月 日

依頼者：住所

氏名 (印)

保証人：住所

氏名 (印)

続柄 ()