



手術ですから、この合併症は非常に希では有りますが、最近日本人にも増えています。  
以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

### 他の治療選択肢・代替医療について：

現在、本治療は自由診療で保険は効きません。代替治療法としては、男女双方での避妊処置で、コンドームの使用や女性側のピルやベッサリーなどの方法で避妊は可能です。

### セカンドオピニオン・自由意思による治療の同意とその撤回・ご本人の自己決定権について：

本術式を行っているのは日本男性で 1.6%ほどです。アメリカでは 17.6%、オーストラリアでは 13.2%、韓国では 15.2%です（東邦大学 HP より引用）。ご希望に沿った方法を選択してください。ご不明な点をご理解を深めて頂けるようにご質問下さい。最終的な方針の決定は患者さんご本人やご家族の協力によってなされ、そのためにもセカンドオピニオンを得る機会があります。また、予定される検査・手術に同意しない場合でも一切不利益をうけることはありません。

●この説明を聞いて、自由診療である本手術を受けるか選択してください。今後の診療・治療などに不利益になることはありません。最終的には患者さんご本人が決定してください。

以上の説明に関して不明な点は医師、看護師にお尋ねください。

説明日 @SYSDATE

同愛記念病院 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

説明医師： @ACTIVEUSERNAME 印またはサイン 同席者： \_\_\_\_\_

私は、精管切断術（自由診療）の目的、方法および副作用・合併症について、上記の内容を読み、また医師の説明により十分に理解しましたので、上記の検査・治療を受けることに同意します。

なお、緊急の処置・治療を行う必要が生じた場合には、適宜施行されることについて同意します。

予定する手術名： 両側精管切断術

手術日： 年 月 日

同愛記念病院 院長 殿

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印 ※署名がある場合は押印不要

家族等氏名 \_\_\_\_\_ 印（本人との続柄 \_\_\_\_\_）

※本人の署名がある場合は家族等の署名は不要 ※配偶者の署名が必要な場合があります。