

パイプカット 手術承諾書

私は、パイプカット手術（両側精管結紮術）を受けることを希望します。
術後は男性不妊症になることを理解しています。

手術後、約1ヶ月以上経過してから必ず泌尿器科などで、精子数の検査を行い精子の有無を確認します。
稀に側副路と呼ばれる複数の精管が存在する方もあり、100%の男性避妊を保証するものではないことを理解し、承諾します。

私は上記内容について、十分な説明を受けた上で手術する事に同意いたします。

ルテラメンズクリニック 院長殿

年 月 日

ご本人 住所

氏名 印

パートナー
(配偶者等) 住所

氏名 印