分娩誘発・促進の同意書

　私は、このたびの手術を受けるにあたり、以下の項目について十分な説明を受けるとともに質問する機会も得ました。

この説明により、それに関連する事項についてよく理解できましたので手術の実施を承諾します。

１. 病名： 妊娠　 週、

２. 現在の症状、病状

　微弱陣痛・分娩遷延・予定日超過妊娠の場合、　陣痛促進剤を使用し、分娩誘発・促進を行います。

3. 分娩誘発の方法とそれに伴う危険性と合併症

　　内服薬と点滴注射薬があります。合併症として、過強陣痛、胎児機能不全（胎児心拍低下）、極めて稀に子宮破裂のリスクがあります。分娩監視モニターを装着し、十分に注意して行っていきます。

4. その他特記事項

承諾日　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名　 　　　　㊞

配偶者・保護者・保証人

住所

氏名　 　　　　　㊞　（続柄　　　　）

年 　 月　　日

吹上マタニティクリニック

医師　 鈴木 佳克、山本 珠生

説明立会い者