

# 配偶者 同意書

メンズ鹿児島ラミュー美容外科クリニック 御中

配偶者（夫）： \_\_\_\_\_ 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。

また一度受けると元に戻す（再生術）ことは不可能に近いということを理解しております。

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。

※治療後、精液検査が必要となり医師の許可が出るまでは避妊が必要です。

西暦            年    月    日

配偶者（妻）： 氏名 \_\_\_\_\_ ④

住所 \_\_\_\_\_