

男性避妊手術同意書

皐月クリニック 御中

私たちは両側精管結紮術（通称：パイプカット）の手術を受けることを希望します。
この手術によって、男性不妊症になることを理解しています。
また、両側精管結紮術の施術約一ヶ月後に必ず泌尿器科などで精子検査を行い自分で精子の有無を確認いたします。

※両側精管結紮術は、外科的処置を行う物ですが、100%の男性避妊を保障する物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、手術する事に同意致します。

平成 年 月 日

氏名（ご本人） 印

氏名（配偶者・パートナー様） 印