

同意書

私は、低用量経口避妊薬・低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬を内服するにあたり、別紙のごとく詳細かつ十分な説明を受けその効用および副作用につき理解しました。

その内容を理解したうえで、低用量経口避妊薬・低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬の内服を希望します。

医師の判断により処方できない場合は医師の指示に従います。

患者携帯カードを携行し、副作用と思われる症状が出た場合は速やかに内服を中止し医療機関に連絡をします。

同意年月日 西暦 年 月 日
患者住所
患者氏名
保護者氏名

説明年月日 西暦 年 月 日
説明医師