
小新女性クリニック院長
母体保護法指定医師 石井史郎殿

<同意書>

緊急避妊薬の処方をお願いします。服用にあたり、緊急避妊薬の効果や注意事項ならびにその副作用について十分に理解しました。また、緊急避妊薬を服用しても必ずしも100%妊娠を回避できるわけではないことを理解しました。

平成 年 月 日

(自筆サイン) _____

保護者 (治療を受ける方が未成年者である場合)

(保護者サイン) _____
