

徳山中央病院・院内助産院で
分娩をすることの許可及び同意書

＊院内助産院での分娩が可能と判断し、院内助産院での分娩を許可いたします。

平成 年 月 日
医 師

氏名 _____ 印 _____

＊「徳山中央病院の院内助産院のご案内」に基づき、ご説明いたしました。

平成 年 月 日
説明助産師

氏名 _____ 印 _____

＊徳山中央病院の院内助産院のことについて十分な説明を受けました。内容を十分理解した
うえで院内助産院での分娩を希望します。

平成 年 月 日
本 人

氏名 _____ 印 _____

住 所 _____

電話番号 _____

配偶者または保証人

氏名 _____ 印 _____

住 所 _____

電話番号 _____

同意書を提出された後でも医師立会い分娩を希望される場合は、いつでもお申し出ください。
その場合であっても、ご本人が不利益を受けられることは一切ありません。