[例示]

**メフィーゴ®パックの使用についての同意書**

私は、母体保護法指定医師から以下の「**メフィーゴ®パック**の投与を受けるにあたっての説明」を受け理解しました。さらに、「**メフィーゴ®パック**の投与を受ける方へ」及び「緊急時連絡カード」を受け取りました。

**メフィーゴ®パック**の投与を受けるにあたっての説明事項

* 処方医療機関への来院とそのスケジュール
* 異常時、緊急時の連絡先
* 子宮出血及び重度の子宮出血
* 下腹部痛
* 規定の来院の遵守（自己判断せずに規定の来院を遵守する必要があること）
* 自動車の運転等危険を伴う機械の操作
* 感染症
* 先天異常
* 人工妊娠中絶の未達成時の対応
* その他の注意

**メフィーゴ®パック**の使用に同意いたします。

 本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 住所

本剤について上記の投与を受ける方に説明しました。

母体保護法指定医師名

 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡

※本同意書は2部作成し、１部を本人にお渡しください。

※本同意書は適切に保管する。