

習慣流産に対する抗血栓療法の同意書

ASKA レディースクリニック院長殿

習慣流産に対するアスピリンおよびヘパリンを用いた抗血栓療法の有用性と副作用・合併症について承諾した上で、治療を受けることを同意します。

年 月 日

住所 _____

氏名 夫 _____ 印

妻 _____ 印