

患者氏名：
患者ID：

English/英語

Consent Form for Transfusion Therapy /輸血療法に関する同意書

If you agree to receive transfusion therapy, please place your signature below.

/輸血療法に同意される場合には、以下の欄にご署名下さい

I acknowledge that the doctor has thoroughly explained transfusion therapy and the risks, showing me the “Explanation of Transfusion Therapy” form, and I have understood them. I have also confirmed the content of “the types and volume of prospected blood transfusion” as described below. On the basis of this understanding, I authorize the administration of transfusion therapy. (I understand that even if I consent to transfusion, I am free to withdraw my authorization at any time.)

I also authorize the doctor in charge to suspend transfusion therapy or to change the type of transfusion therapy indicated in the section on the following “the types and volume of prospected blood transfusion,” in case I am in a life-threatening emergency or it is determined that a blood transfusion is critical for treatment.

/私は、輸血療法とその危険性について「輸血療法に関する説明書」を用い十分な説明を受け、理解しました。下記の「予定される輸血の種類と量について」に記入された内容についても確認しました。そのうえで、輸血療法を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

また、担当医の判断で輸血療法を中止する場合があること、及び、生命を脅かす緊急事態の場合や治療経過中に輸血が必要と認めた場合に、担当医の判断によって下記の「予定される輸血の種類と量について」に記入された内容とは異なる輸血療法を行うことがあることにも同意いたします。

■The types and volume of prospected blood transfusion/予定される輸血の種類と量について

① Types/輸血の種類

Autologous blood/自己血

Platelet products/血小板製剤

Others/その他(

Red cell products/赤血球製剤

Fresh frozen plasma/新鮮凍結血漿

)

② Volume/輸血量 : _____(ml)

Date of Consent/同意日:

Year/年

Month/月

Day/日

Patient Name/患者氏名:

(Please print/アルファベット・ブロック体)

Patient Signature/患者署名:

Address/住所:

Representative Name/代理人等氏名:

(Please print/アルファベット・ブロック体)

Representative Signature/代理人等署名:

(Relationship to the patient/続柄)

Address/住所:

患者氏名：
患者ID：

English/英語

If you refuse to receive transfusion therapy, please fill out the following section after reading the following passage and understanding it thoroughly.

/輸血療法を拒否される場合には、次の文章を読み理解したうえで、以下の欄にご署名下さい。

I have received an explanation about my need for transfusion therapy. I request that no blood or blood products be administered to me by my doctor. I have also received the “Explanation of the refusal of blood transfusion for religious freedom, etc.” as described in the attached paper.

/私は、輸血療法の必要性について説明を受けましたが、輸血療法を受けることを拒否します。別紙のとおり、「宗教的自由等による輸血拒否の説明」を受けました。

Date of Consent/署名日: _____ **Year/年** **Month/月** **Day/日**
Patient Name/患者氏名: _____ **(Please print/アルファベット・ブロック体)**
Patient Signature/患者署名: _____
Address/住所: _____
Representative Name/代理人等氏名: _____ **(Please print/アルファベット・ブロック体)**
Representative Signature/代理人等署名: _____ **(Relationship to the patient/続柄)**
Address/住所: _____

I have explained the nature of transfusion therapy to the person who signed the above.
/上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

Date of explanation/説明日: _____ **Year/年** **Month/月** **Day/日**

_____ **Department/科 Doctor in charge/担当医:** _____ **Seal**

I have confirmed that the patient or the representative agrees to receive / refuses to receive transfusion therapy by signing this document.

/上記患者（あるいは代理人等）が本文書において輸血療法に同意もしくは拒否されたことを確認しました。

Date of confirmation/確認日: _____ **Year/年** **Month/月** **Day/日**

_____ **Department/科 Doctor in charge/担当医:** _____ **Seal**

* When the patient is a minor who is incapable of legal agreement, or the patient is incapable of giving consent or signing because of a disturbance of consciousness or disease, please have a guardian, a person in parental authority, a guardian of a minor, or a family member fill out the section for Representative Signature above.

/患者様本人が同意能力のない未成年の場合、または意識障害・病状等により同意・署名が出来ない場合は、上記の代理人等署名欄に保護者、親権者、もしくは未成年後見人、または親族等の方による署名をお願いいたします。