

患者氏名 :

患者 ID :

輸血療法に関する同意書

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

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。

■ 予定される輸血の種類と量について

① 輸血の種類

自己血 赤血球製剤 血小板製剤 新鮮凍結血漿 その他()

② 輸血量 : _____ (ml)

同意日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____ (アルファベット・ブロック体)

患者署名 : _____

住所 : _____

代理人等氏名 : _____ (アルファベット・ブロック体)

代理人等署名 : _____ (続柄)

住所 : _____

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

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。そのことによる結果について、担当医・病院の責任を追及しません。

署名日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____ (アルファベット・ブロック体)

患者署名 : _____

住所 : _____

代理人等氏名 : _____ (アルファベット・ブロック体)

代理人等署名 : _____ (続柄)

住所 : _____

上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

説明日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 科 担当医 : _____ 印

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。

確認日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 科 担当医 : _____ 印

※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。