

# Confirmation Form for Refusal of Treatment

## /入院治療等の必要性に関する説明および拒否確認書

### Details of the Explanation/説明内容

I have provided an explanation regarding his/her medical condition to \_\_\_\_\_ (patient name).

In addition, I have repeatedly explained the ①need for hospitalization and close examination and treatment, and that ②without hospitalization, the patient faces the risk of a sudden deterioration in his/her condition.

However, the patient has decided on his/her own not to be hospitalized. I have also advised him/her that he/she should come to the hospital when his/her condition worsens.

/私は \_\_\_\_\_ 様の状態について説明しました。

そのうえで、①入院および、精査治療が必要であること、②入院しない場合には、急変などが起こりうることについて繰り返し説明しました。

しかし、自分自身で入院しないと判断されたため、病状の増悪時には、病院を受診していただくよう説明しました。

\_\_\_\_\_ Year/年      Month/月      Day/日      Hour/時      Minutes/分

Place/説明場所: \_\_\_\_\_

Physician providing explanation/説明医師: \_\_\_\_\_

Witness/同席者: \_\_\_\_\_

### Confirmation Details/確認内容

To the director of the hospital/病院長, \_\_\_\_\_  
(Hospital name / 病院名)

I have repeatedly received explanations from Dr. \_\_\_\_\_ (Physicians' name) regarding the need for hospitalization and close examination and treatment for my medical condition.

However, I have decided not to be hospitalized and have made this decision of my own free will.

/私は \_\_\_\_\_ 医師より入院の必要性および精査治療の必要について、繰り返し説明を受けました。

しかし、自分自身の判断により、入院しないことを選択しました。

\_\_\_\_\_ Year/年      Month/月      Day/日      Hour/時      Minutes/分

Signature/自署: \_\_\_\_\_

Witness/同席者: \_\_\_\_\_