

Форма підтвердження відмови від лікування /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

Подобиці пояснення/Details of the Explanation/説明内容

Я надав/ла пояснення щодо його/її стану здоров'я _____ (ім'я та прізвище пацієнта).

Крім того, я неодноразово пояснював/ла пацієнтові ①необхідність госпіталізації, ретельного обстеження та лікування, а також те, що ② без госпіталізації існує ризик раптового погіршення його/її здоров'я.

Однак пацієнт сам на свій вибір вирішив не госпіталізуватися. Я також порадив/ла йому/їй звернутися до лікарні, якщо його/її стан погіршиться.

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。

_____ Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日 Година/Hour/時 Хвилини/Minutes/分

Місце/Place/説明場所 : _____

Лікар, який надає пояснення/Physician providing explanation/説明医師 : _____

Свідок/Witness/同席者 : _____

Подобиці підтвердження/Confirmation Details/確認内容

Керівникові лікарні/To the director of the hospital/病院長, _____

(Назва лікарні/Hospital name / 病院名)

Я неодноразово одержував/ла пояснення від лікаря _____ (ім'я лікаря) щодо необхідності госпіталізації та ретельного обстеження і лікування щодо мого стану здоров'я.

Однак я вирішив/ла не госпіталізуватися і прийняв/ла це рішення за власною волею.

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。

_____ Рік/Year/年 Місяць/Month/月 День/Day/日 Година/Hour/時 Хвилини/Minutes/分

Підпис/Signature/自署 : _____

Свідок/Witness/同席者 : _____

入院治療等の必要性に関する説明および拒否確認書 2022年6月版