

患者氏名 :
患者ID :

हिंदी/Hindi / हिन्दी-एंग्लिश

ट्रांसफ्यूजन थेरेपी के लिए सहमति प्रपत्र / Consent Form for Transfusion Therapy/輸血療法に関する同意書

e. यदि आप ट्रांसफ्यूजन थेरेपी प्राप्त करने के लिए सहमत हैं, तो कृपया नीचे अपना हस्ताक्षर करें।

/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

मैं स्वीकार करता हूँ कि डॉक्टर ने मुझे "ट्रांसफ्यूजन थेरेपी का स्पष्टीकरण" फॉर्म दिखाते हुए ट्रांसफ्यूजन थेरेपी और जोखिमों के बारे में पूरी तरह से समझाया है, और मैंने उन्हें समझ लिया है। जैसा कि नीचे वर्णित है, मैंने "संभावित रक्त आधान के प्रकार और मात्रा" की सामग्री की भी पुष्टि की है। इस समझ के आधार पर, मैं ट्रांसफ्यूजन थेरेपी के प्रशासन को अधिकृत करता हूँ। (मैं समझता हूँ कि भले ही मैं रक्तआधान के लिए सहमति देता हूँ, मैं किसी भी समय अपना प्राधिकरण वापस लेने के लिए स्वतंत्र हूँ।)

यदि मैं जीवन-घातक आपातकालीन स्थिति में हूँ या यह है तो मैं प्रभारी डॉक्टर को ट्रांसफ्यूजन थेरेपी को निलंबित करने या निम्नलिखित "संभावित रक्त ट्रांसफ्यूजन के प्रकार और मात्रा" अनुभाग में बताए गए ट्रांसफ्यूजन थेरेपी के प्रकार को बदलने के लिए भी अधिकृत करता हूँ। यह निर्धारित किया गया कि उपचार के लिए रक्त आधान महत्वपूर्ण है।/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。

■ संभावित रक्त आधान के प्रकार और मात्रा/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 प्रकार /Types/輸血の種類

- ऑटोलॉग्स रक्त /Autologous blood/自己血 लाल कोशिका उत्पाद /Red cell products/赤血球製剤
 प्लेटलेट उत्पाद /Platelet products/血小板製剤 ताजा जमे हुए प्लाज्मा /Fresh frozen plasma/新鮮凍結血漿
 अन्य /Others/その他 ()

② आयतन /Volume/輸血量 : _____ (एमएल /ml)

सहमति की तिथि /Date of Consent/同意日 :

वर्ष /Year/年

महीना /Month/月

दिन /Day/日

रोगी का नाम /Patient Name

/患者氏名 :

(कृपया मुद्रण करें/Please print/アルファベット・ブロック体)

रोगी के हस्ताक्षर /Patient Signature/患者署名 :

पता /Address/住所 :

प्रतिनिधि का नाम

(कृपया मुद्रण करें/Please print/アルファベット・ブロック体)

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / हिन्दी-बोलचाल

प्रतिनिधि का नाम/Representative Name/代理人等氏
名 :

प्रतिनिधि हस्ताक्षर/Representative Signature
/代理人等署名 :

(रोगी से संबंध /Relationship to the patient/続柄)

पता /Address/住所 :

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / हिन्दी-एंग्लिश

यदि आप ट्रांसफ्यूजन थेरेपी प्राप्त करने से इनकार करते हैं, तो कृपया निम्नलिखित अनुच्छेद को पढ़ने और इसे अच्छी तरह से समझने के बाद निम्नलिखित अनुभाग भरें।/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。

मुझे ट्रांसफ्यूजन थेरेपी की आवश्यकता के बारे में स्पष्टीकरण प्राप्त हुआ है। मेरा अनुरोध है कि मेरे डॉक्टर द्वारा मुझे कोई रक्त या रक्त उत्पाद न दिया जाए। मुझे "धार्मिक स्वतंत्रता आदि के लिए रक्त आधान से इनकार करने का स्पष्टीकरण" भी प्राप्त हुआ है। जैसा कि संलग्न पेपर में वर्णित है।/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。

सहमति की तिथि /Date of Consent/署名日 :

वर्ष/Year/年

महीना /Month/月

दिन /Day/日

रोगी का नाम /Patient Name

/患者氏名 :

(कृपया मुद्रण करें/Please print/अल्फाबेट・ब्लॉक)

रोगी के हस्ताक्षर /Patient Signature/患者署名 :

पता /Address/住所 :

प्रतिनिधि का नाम/Representative Name

/代理人等氏名 :

(कृपया मुद्रण करें/Please print/अल्फाबेट・ब्लॉक)

प्रतिनिधि हस्ताक्षर /Representative Signature

/代理人等署名 :

(रोगी से संबंध /Relationship to the patient/続柄)

पता /Address/住所 :

मैंने ऊपर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति को ट्रांसफ्यूजन थेरेपी की प्रकृति समझा दी है।/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。

स्पष्टीकरण की तिथि /Date of explanation/説明日 :

वर्ष/Year/年

महीना /Month/月

दिन /Day/日

विभाग /Department/科

प्रभारी चिकित्सक /Doctor in charge/担当医 :

मुहर /Seal

मैंने इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करके पुष्टि की है कि रोगी या प्रतिनिधि ट्रांसफ्यूजन थेरेपी प्राप्त करने के लिए सहमत है/प्राप्त करने से इनकार करता है।/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。

पुष्टि की तिथि /Date of confirmation/確認日 :

वर्ष/Year/年

महीना /Month/月

दिन /Day/日

विभाग /Department/科

प्रभारी चिकित्सक /Doctor in charge/担当医 :

मुहर /Seal

患者氏名 :

患者ID :

हिंदी/Hindi / हिन्दी-हिंदी

* जब रोगी नाबालिग हो जो कानूनी समझौते में असमर्थ हो, या रोगी चेतना की गड़बड़ी या बीमारी के कारण सहमति देने या हस्ताक्षर करने में असमर्थ हो, तो कृपया एक अभिभावक, माता-पिता के अधिकार में एक व्यक्ति, एक नाबालिग का अभिभावक रखें। या परिवार का कोई सदस्य ऊपर प्रतिनिधि हस्ताक्षर के लिए अनुभाग भरें।

/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。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

यह अंग्रेजी अनुवाद डॉक्टरों, कानूनी विशेषज्ञों या अन्य लोगों की देखरेख में तैयार किया गया है। जब संबंधित भाषाओं या प्रणालियों में सूक्ष्म अंतर के कारण व्याख्या में कोई अंतर उत्पन्न होता है, तो जापानी मूल को प्राथमिकता दी जाएगी।