

## उपचार को अस्वीकार को लागि पुष्टिकरण फारम /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

### स्पष्टीकरणको विवरण /Details of the Explanation/説明内容

मैले \_\_\_\_\_ (बिरामीको नाम) लाई उनको चिकित्सा अवस्थाको बारेमा बुझाएको छु।

थप रूपमा, ① अस्पतालमा भर्ना हुनु र जाँच उपचारको आवश्यकता र ② अस्पतालमा भर्ना नगरे भने बिरामीको अवस्था अचानक बिग्रने जोखिमको सामना गर्न सक्ने कुरा सम्बन्धि मैले बारम्बार बुझाएको छु। ।

तर, बिरामीले अस्पतालमा भर्ना नगर्ने निर्णय गरेको छ। मैले उहाँको अवस्था बिग्रेको बेला उहाँलाई अस्पताल आउन सल्लाह पनि दिएको छु।

/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。

\_\_\_\_\_ वर्ष /Year/年 \_\_\_\_\_ महिना /Month/月 \_\_\_\_\_ दिन /Day/日 \_\_\_\_\_ घण्टा /Hour/時 \_\_\_\_\_ मिनेट /Minutes/分

स्थान /Place/説明場所 : \_\_\_\_\_

व्याख्या प्रदान गर्ने चिकित्सक /Physician providing explanation/説明医師 : \_\_\_\_\_

साक्षी /Witness/同席者 : \_\_\_\_\_

### पुष्टि विवरण /Confirmation Details/確認内容

अस्पतालका निर्देशकलाई /To the director of the hospital/病院長, \_\_\_\_\_

(अस्पतालको नाम /Hospital name / 病院名)

मैले बारम्बार डा. \_\_\_\_\_ (चिकित्सकको नाम) बाट मेरो स्वास्थ्य अवस्थाको लागि अस्पताल भर्ना र जाँच, उपचारको आवश्यकता बारे स्पष्टीकरण प्राप्त गरेको छु।

यद्यपि, मैले अस्पतालमा भर्ना नहुने निर्णय गरेको छु र यो निर्णय मेरो आफ्नै इच्छाले गरेको छु।

/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。

\_\_\_\_\_ वर्ष /Year/年    महिना /Month/月    दिन /Day/日    घण्टा /Hour/時    मिनेट /Minutes/分

हस्ताक्षर /Signature/自署 : \_\_\_\_\_

साक्षी /Witness/同席者 : \_\_\_\_\_

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.

यो अङ्ग्रेजी अनुवाद डाक्टर कानूनविद् वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदा जापानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।