

सहमति फारम / Consent Form / 同意書

अस्पतालको निर्देशकज्यू / To the director of the hospital / 病院長殿, _____

(अस्पतालको नाम / Hospital name / 病院名)

_____ ले व्याख्यात्मक कागजात अनुसार _____ (चिकित्सा प्रक्रियाको नाम) गरिने चिकित्सा

प्रक्रियाको सम्बन्धमा स्पष्ट पार्नुभयो _____ / _____ / _____ (वर्ष/महिना/दिन).

/ _____ has been given explanation according to the explanatory document on _____

(name of medical procedure) regarding the medical procedure to be performed on _____ / _____ / _____ (Year/Month/Day).

/ _____ 様が _____ 年 _____ 月 _____ 日に受ける診療行為にあたり、

_____ の説明書などにて下記の事項について説明しました。

(医療行為名)

 रोगको नाम, क्लिनिकल अवस्था / Name of disease, clinical condition / 病名、病態 उपचार वा परीक्षणको उद्देश्य, आवश्यकता र प्रभावकारिता

/ Purpose, necessity and effectiveness of the treatment or examination / 治療 (検査) の目的・必要性・有効性

 उपचार वा परीक्षणको बारेमा विवरण, विशेषताहरू र सावधानीहरू

/ Details, characteristics and precautions regarding the treatment or examination

/ 治療 (検査) の内容と性質および注意事項

 प्रक्रियाको जोखिम (उपचार/परीक्षा) र तिनीहरूको घटना दर

/ Risks of the procedure (treatment/examination) and their incidence rate / 治療 (検査) に伴う危険性とその発生率

 अप्रत्याशित लक्षण/जटिलताको अवस्थामा प्रक्रियाहरू

/ Procedures in the case of unexpected symptoms/complications / 偶発症発生時の対応

 वैकल्पिक उपचार/परीक्षाको सम्भावना, र जोखिम कारकहरू र घटनाहरू

/ Possibility of alternative treatment/examination, and accompanying risk factors and incidence

/ 代替可能な治療 (検査) およびそれに伴う危険性とその発生率

 यदि उपचार/परीक्षण गरिएन भने सम्भावित परिणाम र पूर्वानुमान

/ Possible outcome and prognosis if the treatment/examination is not performed

/ 治療 (検査) を行わなかった場合に予想される経過

 बिरामीको विशेष अनुरोध(हरू) / The patient's specific request(s) / 患者様の具体的希望 बिरामीको सम्पर्क जानकारी / Patient's contact information / 患者様連絡先の確認 उपचार/परीक्षणको लागि सहमति फिर्ता लिने / Withdrawal of consent for treatment/examination / 治療 (検査) の同意撤回 रक्तक्षेपण सम्बन्धित मामिलाहरू / Blood transfusion related matters / 輸血関連 संक्रामक रोगहरूको लागि परीक्षाको व्याख्या / Explanation of the examination for infectious diseases

/ 感染症検査に関する説明

 अर्को डाक्टरको विचार सोध्ने बिरामीको अधिकार (दोस्रो विकल्प)

/ Patient's right to ask for another doctor's opinion (second opinion)

/ その他の医師の意見 (セカンドオピニオン) を求めることが出来ること

 अन्य(हरू) / Others / その他

■ व्याख्या दिइएको मिति / Date of explanation / 説明年月日 : _____ / _____ / _____ (वर्ष/महिना/दिन/Year/Month/Day)

समय/Time/説明を行った時間 : _____

■ स्थान/Place/説明場所 : _____

■ व्याख्या प्रदान गर्ने चिकित्सक / Physician providing explanation / 説明を行った医師名 : _____

(चिकित्सकको हस्ताक्षर वा छाप / Physician's signature or seal / 署名あるいは押印)

■ अस्पतालको लागि साक्षी / Witness for the hospital / 病院側同席者 _____

■ बिरामीको लागि साक्षी / Witness for the patient / 患者側同席者 _____

माथिका स्पष्टीकरणहरू पूर्ण रूपमा बुझिसकेपछि, म उपचार/परीक्षण प्राप्त गर्न मेरो आफ्नै स्वेच्छाले [मेरो सहमति दिन्छु

/ मेरो सहमति दिनुहुन्न]। (आफ्नो रोजाइमा घेरा लगाउनुहोस्) / Having fully understood the above explanations, I [give my

consent / do not give my consent] of my own free will to receive treatment/examination. (Circle your choice)

/ 以上について、内容を十分理解し、自由な意思に基づき、この治療 (検査) を受けることに

[同意します。 / 同意しません。] (どちらかに○をつけてください。)

(/ वर्ष/महिना/दिन//Year/Month/Day)/同意年月日

बिरामी/Patient/同意者 (व्यक्तिगत - रूपमा/in person/本人) : _____ (हस्ताक्षर/Signature/署名)

(कानूनी प्रतिनिधि/Legal representative/代諾者) : _____ (हस्ताक्षर/Signature/署名)

बिरामीसँग सम्बन्ध/Relationship with the patient/患者との関係 : _____

* जब बिरामीले आफैले हस्ताक्षर गर्न सक्दैन वा उनी नाबालिग छन् भने, उनीहरूको कानुनी अभिभावक वा प्रतिनिधिले
माथि हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

/*When the patient cannot sign by him/herself or he/she is a minor, their legal guardian or representative should sign above.

/※本人が署名できない場合、未成年の場合には、保護者又は代理人に署名をお願いします。

* म बुझ्छु कि मैले परीक्षणमा सहमति जनाए पनि, म जुनसुकै बेला मेरो सहमति फिर्ता लिन स्वतन्त्र छु।/*I understand that even if I consent to the examination, I am free to withdraw my authorization at any time.

/※同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

दुबै पक्षहरूले यो सहमति कागजातमा हस्ताक्षर गरेपछि, एक प्रतिलिपि बिरामीलाई दिइनेछ, र मूल प्रति अस्पतालले राख्नेछ।

/After both parties have signed this consent document, one copy will be given to the patient, and the original will be kept by hospital.

/患者様署名後にコピーを1部取り、コピーを患者様へお渡しします。原本は病院保管

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/कानूनविद वा अन्य व्यक्तिहरूको निरीक्षणमा तयार गरिएको हो। सम्बन्धित भाषा वा प्रणालीहरूमा सूक्ष्म भिन्नताका कारण व्याख्यामा कुनै भिन्नता उत्पन्न हुँदाजार्पानी मूललाई प्राथमिकता दिइनेछ।