

## แบบฟอร์มยินยอม/Consent Form/同意書

ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล//To the director of the hospital/病院長殿, \_\_\_\_\_

(ชื่อโรงพยาบาล/Hospital name/病院名)

\_\_\_\_\_ ได้รับคำอธิบายตามเอกสารอธิบายเกี่ยวกับ \_\_\_\_\_ (ชื่อขั้นตอนทางการแพทย์)

เกี่ยวกับขั้นตอนทางการแพทย์ที่จะดำเนินการในวันที่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (ปี/เดือน/วัน).

/ \_\_\_\_\_ 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)

- ชื่อโรค อาการทางคลินิก/Name of disease, clinical condition/病名、病態
- วัตถุประสงค์ ความเป็น และประสิทธิผลของการรักษาหรือการตรวจ  
/Purpose, necessity and effectiveness of the treatment or examination/治療 (検査) の目的・必要性・有効性
- ข้อมูลเพิ่มเติม ลักษณะ และข้อควรระวังในการรักษาหรือการตรวจ  
/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
- ความเสี่ยงของขั้นตอน (การรักษา/การตรวจ) และอัตราความชุก  
/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
- ขั้นตอนในกรณีที่มีอาการ/ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิด  
/Procedures in the case of unexpected symptoms/complications/偶発症発生時の対応
- ความเป็นไปได้ของการรักษา/การตรวจทางเลือก ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงและความถี่ที่เกิดขึ้นพร้อมกัน  
/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
- ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้และการพยากรณ์โรคหากไม่ทำการรักษา/การตรวจ  
/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
- คำขอเฉพาะของผู้ป่วย/The patient's specific request(s)/患者様の具体的希望
- ข้อมูลติดต่อผู้ป่วย/Patient's contact information/患者様連絡先の確認
- การถอนความยินยอมในการรักษา/ การตรวจ/Withdrawal of consent for treatment/examination/治療 (検査) の同意撤回
- เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายเลือด/Blood transfusion related matters/輸血関連
- คำอธิบายการตรวจโรคติดเชื้อ/Explanation of the examination for infectious diseases  
/感染症検査に関する説明
- สิทธิของผู้ป่วยที่จะขอความเห็นจากแพทย์คนอื่น (ความเห็นที่สอง)  
/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
- อื่นๆ/Others/その他

■วันที่อธิบาย/Date of explanation/説明年月日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (ปี/ เดือน/ วัน/Year/Month /Day)  
เวลา/Time/説明を行った時間 : \_\_\_\_\_

■สถานที่/Place/説明場所 : \_\_\_\_\_

■แพทย์ให้คำอธิบาย/Physician providing explanation/説明を行った医師名 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ลายเซ็นหรือตราประทับของแพทย์/Physician's signature or seal/署名あるいは押印)

■พยานของโรงพยาบาล/Witness for the hospital/病院側同席者 \_\_\_\_\_

■พยานสำหรับผู้ป่วย/Witness for the patient/患者側同席者 \_\_\_\_\_

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/Relationship with the patient/患者との関係 : \_\_\_\_\_

เมื่อเข้าใจคำอธิบายข้างต้นอย่างถ่องแท้แล้ว ฉัน [ให้ความยินยอม/ไม่ให้ความยินยอม]

เกี่ยวกับเจตจำนงเสรีของตนเองในการรักษา/การตรวจ (วงกลมตัวเลือกของคุณ)

/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。)

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (ปี/ เดือน/ วัน/Year/Month /Day)/同意年月日

คนไข้/Patient/同意者 (ด้วยตนเอง/in person/本人) : \_\_\_\_\_ (ลายเซ็น/Signature/署名)

(ตัวแทนทางกฎหมาย/Legal representative/代諾者) : \_\_\_\_\_ (ลายเซ็น/Signature/署名)

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/Relationship with the patient/患者との関係 : \_\_\_\_\_

\*หากผู้ป่วยไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือเป็นผู้เยาว์ได้ ให้ผู้ปกครองหรือผู้แทนตามกฎหมายของผู้ป่วยลงนาม

/\*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。

\*ฉันเข้าใจว่าแม้ว่าฉันจะยินยอมให้มีการตรวจสอบ แต่ฉันก็สามารถเพิกถอนการอนุญาตได้ตลอดเวลา

/\*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。

เมื่อเอกสารยินยอมนี้ลงนามโดยทั้งสองฝ่ายแล้ว

จะมีการมอบสำเนาหนึ่งชุดให้กับผู้ป่วยและต้นฉบับจะถูกเก็บไว้ที่โรงพยาบาล

/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