

Formulir Persetujuan Mengenai Penolakan Perawatan /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

Rincian Penjelasan/Details of the Explanation/説明内容

Saya telah memberikan penjelasan mengenai kondisi kesehatan _____ (Nama pasien).

Sebagai tambahan, saya telah berulang kali menjelaskan ①pentingnya rawat inap dan pemeriksaan intensif dan pengobatan; dan bahwa ②tanpa adanya rawat inap, pasien dapat menghadapi resiko perburukan kondisi kesehatan yang terjadi secara tiba-tiba.

Akan tetapi, pasien telah mengambil keputusan sendiri untuk tidak menjalani rawat inap. Saya juga telah menyarankan dia untuk kembali ke rumah sakit, apabila kondisi kesehatannya memburuk.

/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ついて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。

_____ Tahun/Year/年 Bulan /Month/月 Tanggal /Day/日 Jam/Hour/時 Menit/Minutes/分

Lokasi/Place/説明場所 : _____

Dokter yang memberi penjelasan/Physician providing explanation/説明医師 : _____

Saksi/Witness/同席者 : _____

Rincian Persetujuan/Confirmation Details/確認内容

Kepada direktur rumah sakit/To the director of the hospital/病院長,

(Nama rumah sakit/Hospital name / 病院名)

Saya telah menerima penjelasan dari dr. _____ (Nama dokter) mengenai kebutuhan untuk menjalani rawat inap dan perawatan intensif dan pengobatan untuk kondisi kesehatan saya.

Akan tetapi, saya memutuskan untuk tidak menjalani rawat inap, dan telah membuat keputusan ini berdasarkan atas kehendak saya sendiri.

/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。

_____ Tahun/Year/年 Bulan /Month/月 Tanggal /Day/日 Jam /Hour/時 Menit/Minutes/分

Tanda Tangan/Signature/自署 : _____

Saksi/Witness/同席者 : _____