

患者氏名：  
患者ID：

Tagalog / Tagalog / タガログ語

## Form ng Pahintulot para sa Transfusion Therapy /Consent Form for Transfusion Therapy/輸血療法に関する同意書

Kung sumasang-ayon kang tumanggap ng transfusion therapy, mangyaring ilagay ang iyong lagda sa ibaba.

/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

Kinikilala ko na lubusang ipinaliwanag ng doktor ang transfusion therapy at ang mga panganib, na ipinapakita sa akin ang form na "Paliwanag ukol sa Transfusion Therapy", at naunawaan ko ang mga ito. Kinumpirma ko rin ang nilalaman ng "mga uri at dami ng inaasahang pagsasalin ng dugo" tulad ng inilarawan sa ibaba. Sa batayan ng pag-unawang ito, pinahihintulutan ko ang pangangasiwa ng transfusion therapy. (Naiintindihan ko na kahit na pumayag ako sa pagsasalin ng dugo, malaya akong bawiin ang aking awtorisasyon anumang oras.)

Pinapahintulutan ko rin ang doktor na namamahala na suspindihin ang transfusion therapy o baguhin ang uri ng transfusion therapy na ipinahiwatig sa seksyon sa sumusunod na "mga uri at dami ng inaasahang pagsasalin ng dugo," kung sakaling ako ay nasa isang emergency na nagbabanta sa buhay o ito ay nagpasiya na ang pagsasalin ng dugo ay kritikal para sa paggamot.

/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られた場合に、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。

### ■Ang mga uri at dami ng inaasahang pagsalin ng dugo/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 Mga Uri/Types/輸血の種類

- Autologous na dugo/Autologous blood/自己血  Mga produktong red cell/Red cell products/赤血球製剤  
 Mga produkto ng platelet/Platelet products/血小板製剤  Sariwang frozen na plasma/Fresh frozen plasma/新鮮凍結血漿  
 Iba/Others/その他( )

②Dami/Volume/輸血量： (ml/ml)

Petsa ng Pahintulot/Date of Consent/同意日： Taon/Year/年 Buwan/Month/月 Araw/Day/日

Pangalan ng Pasyente/Patient Name

/患者氏名：

(Pakiprint/Pleaseprint /アルファベット・ブロック体)

Lagda ng Pasyente/Patient Signature/患者署名：

Address/Address/住所：

Pangalan ng Kinatawan

/Representative Name/代理人等氏名：

(Pakiprint/Pleaseprint /アルファベット・ブロック体)

Lagda ng Kinatawan/Representative Signature

/代理人等署名：

(Relasyon sa pasyente/Relationship to the patient/続柄)

Address/Address/住所：

患者氏名 :  
患者ID :

Tagalog / Tagalog / タガログ語

**Kung tumanggi kang tumanggap ng transfusion therapy, mangyaring punan ang sumusunod na seksyon pagkatapos basahin ang sumusunod na sipi at unawaing mabuti ito.**

**/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。**

Nakatanggap ako ng paliwanag tungkol sa aking pangangailangan para sa transfusion therapy. Hinihiling ko na walang dugo o mga produkto ng dugo ang ibibigay sa akin ng aking doktor. Natanggap ko rin ang "Paliwanag ng pagtanggap sa pagsasalin ng dugo para sa kalayaan sa relihiyon, atbp." tulad ng inilarawan sa kalakip na papel.

/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。

**Petsa ng Pahintulot/Date of Consent/署名日 : Taon/Year/年 Buwan/Month/月 Araw/Day/日**

**Pangalan ng Pasyente/Patient Name**  
**/患者氏名 : (Pakiprint/Pleaseprint/アルファベット・ブロック体)**

**Lagda ng Pasyente/Patient Signature/患者署名 :**

**Address/Address/住所 :**

**Pangalan ng Kinatawan**  
**/Representative Name/代理人等氏名 : (Pakiprint/Pleaseprint/アルファベット・ブロック体)**

**Lagda ng Kinatawan/Representative Signature**  
**/代理人等署名 : ( Relasyon sa pasyente/Relationship to the patient/続柄)**

**Address/Address/住所 :**

Ipinaliwanag ko ang katangian ng transfusion therapy sa taong pumirma sa itaas.

/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。

**Araw ng paliwanag/Date of explanation/説明日 : Taon/Year/年 Buwan/Month/月 Araw/Day/日**

**Departamento/Department/科**

**Doktor na namamahala/Doctor in charge/担当医 : Selyo/Seal**

Ako ay kumukumpirma na ang pasyente o kinatawan ay nagbibigay o hindi nagbibigay pahintulot sa pagtanggap ng dugo sa pamamagitan ng paglagda sa dokumentong ito.

/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。

**Petsa ng kumpirmasyon /Date of confirmation/確認日 : Taon/Year/年 Buwan/Month/月 Araw/Day/日**

**Departamento/Department/科**

**Doktor na namamahala/Doctor in charge/担当医 : Selyo/Seal**

患者氏名 :

患者ID :

Tagalog / Tagalog / タガログ語

\* Kapag ang pasyente ay isang menor de edad na walang kakayahang gumawa ng legal na kasunduan, o ang pasyente ay walang kakayahang magbigay ng pahintulot o pumirma dahil sa pagkagambala ng kamalayan o sakit, mangyaring magkaroon ng isang tagapag-alaga, isang taong may awtoridad bilang magulang, isang tagapag-alaga ng isang menor de edad, o isang miyembro ng pamilya ang mangyaring magpuna ng seksyon para sa Lagda ng Kinatawan sa itaas.

/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.

Ang pagsasaling ito sa Ingles ay inihanda sa ilalim ng pangangasiwa ng mga doktor, eksperto sa batas o iba pa. Kapag mayroong lumitaw na anumang pagkakaiba sa interpretasyon dahil sa pagkakaiba ng kahulugan sa mga kaughay na wika o sistema, ang orihinal na Japanese ay bibigyan ng priyoridad.