

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

ट्रान्सफ्युजन थेरापीको लागि सहमति फारम / Consent Form for Transfusion Therapy/輸血療法に関する同意書

यदि तपाईं ट्रान्सफ्युजन थेरापी प्राप्त गर्न सहमत हुनुहुन्छ भने, कृपया तल आफ्नो हस्ताक्षर गर्नुहोस्।

/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

मलाई "ट्रान्सफ्युजन थेरापीको व्याख्या" फारम देखाउँदै डाक्टरले ट्रान्सफ्युजन थेरापी र जोखिमहरू राम्ररी व्याख्या गरेका छन् भन्ने म स्वीकार गर्दछु र मैले येसबारे बुझेको छु। मैले तल वर्णन गरिए अनुसार "संभावित रक्तक्षेपणको प्रकार र मात्रा" को सामग्री पनि पुष्टि गरेको छु। यो बुझाइको आधारमा, म रक्तक्षेपण थेरापी गर्न अधिकार दिन्छु। (मैले बुझेको छु कि म रक्तक्षेपण गर्न सहमत भए पनि, त्यो सहमति फिर्ता लिन सक्छु।)

यदि मेरो ज्यान खतरामा पर्ने अथवा रगत ट्रान्सफ्युजन उपचारको लागि धेरै महत्वपूर्ण भयो जस्तो अवस्था पर्यो भने म प्रभारी डाक्टरलाई रक्तक्षेपण थेरापी निलम्बन गर्न वा निम्न "संभावित रक्तक्षेपणको प्रकार र मात्रा" को खण्डमा देखाइएको ट्रान्सफ्युजन थेरापीको प्रकार फेरन पनि अधिकार दिन्छु।

/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。

■ संभावित रक्तक्षेपणको प्रकार र मात्रा /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 प्रकारहरू/Types/輸血の種類

- अटोलोगस रगत/Autologous blood/自己血 रातो कोशिका उत्पादनहरू/Red cell products/赤血球製剤
 प्लेटलेट उत्पादनहरू/Platelet products/血小板製剤 ताजा जमेको प्लाज्मा/Fresh frozen plasma/新鮮凍結血漿
 अन्य(हरू)/Others/その他()

② मात्रा/Volume/輸血量 : _____ (मिलि/ml)

सहमतिको मिति /Date of Consent/同意日 :

वर्ष/Year/年

महिना/Month/月

दिन/Day/日

बिरामीको नाम /Patient Name

/患者氏名 :

(कृपया छापुहोस् /Please print/アルファベット・ブロック体)

बिरामीको हस्ताक्षर /Patient Signature/患者署名 :

ठेगाना /Address/住所 :

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली

यदि तपाईंले रक्तक्षेपण थेरापी प्राप्त गर्न अस्वीकार गर्नुभयो भने, कृपया निम्न खण्ड पढेर र राम्ररी बुझ्नुपछि निम्न खण्ड भर्नुहोस्।
/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。

/मैले ट्रान्सफ्युजन थेरापीको लागि मेरो आवश्यकताको बारेमा स्पष्टीकरण प्राप्त गरेको छु। म अनुरोध गर्दछु कि मेरो डाक्टरले मलाई कुनै रगत वा रगत उत्पादनहरू प्रशासित नगर्नुहोस्। संलग्न कागजमा वर्णन गरिए अनुसार, मैले "धार्मिक स्वतन्त्रता, इत्यादिको लागि रक्तक्षेपण अस्वीकारको स्पष्टीकरण" पनि प्राप्त गरेको छु।

/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。

सहमतिको मिति /Date of Consent/署名日 : वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

बिरामीको नाम /Patient Name

/患者氏名 :

(कृपया छापनुहोस् /Please print/アルファベット・ブロック体)

बिरामीको हस्ताक्षर /Patient Signature/患者署名 :

ठेगाना /Address/住所 :

प्रतिनिधिको नाम

/Representative Name/代理人等氏名 :

(कृपया छापनुहोस् /Please print/アルファベット・ブロック体)

प्रतिनिधिको हस्ताक्षर /Representative Signature

/代理人等署名 :

(बिरामीसँगको सम्बन्ध/Relationship to the patient/続柄)

ठेगाना /Address/住所 :

मैले माथि हस्ताक्षर गर्ने व्यक्तिलाई ट्रान्सफ्युजन थेरापीको प्रकृति व्याख्या गरेको छु।

/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。

व्याख्याको मिति /Date of Explanation/署名日 : वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

विभाग/Department/科

सम्बन्धित डाक्टर/Doctor in charge/担当医 :

छाप /Seal

बिरामी वा प्रतिनिधि यो कागजातमा हस्ताक्षर गरेर ट्रान्सफ्युजन थेरापी प्राप्त गर्न सहमत / अस्वीकार गर्दछ भनेर पुष्टि गर्नु।

/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。

患者氏名 :

患者ID :

नेपाली / Nepali / नेपाली भाषा

परामर्श को मिति /Date of Consultation/署名日 : वर्ष/Year/年 महिना/Month/月 दिन/Day/日

विभाग/Department/科

सम्बन्धित डाक्टर/Doctor in charge/担当医 : छाप /Seal

* जब बिरामी एक नाबालिग हो जो कानूनी सम्झौता गर्न सक्दैन, वा बिरामीले चेतना वा रोगको गडबडीको कारणले सहमति दिन वा हस्ताक्षर गर्न सक्दैन भने, कृपया एक अभिभावक, अभिभावकीय अधिकारमा रहेको व्यक्ति, नाबालिगको अभिभावक, वा परिवारको सदस्यले माथिको प्रतिनिधि हस्ताक्षर गर्नुहोस् ।

/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.

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