

نموذج الموافقة على العلاج بنقل الدم /Consent Form for Transfusion Therapy /輸血療法に関する同意書

إذا وافقتَ على تلقي العلاج بنقل الدم، فيرجى التوقيع أدناه.

/ 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

أقرّ بأن الطبيب قد شرح لي بالتفصيل العلاج بنقل الدم وما ينطوي عليه من مخاطر، كما أطلعني على نموذج "توضيح بشأن العلاج بنقل الدم"، وقد فهمته جيداً. كما أنني أكّدتُ اطلاعي على محتوى "أنواع نقل الدم المتوقع وحجمه" كما هو موضح أدناه. وبناءً على هذا الفهم، فإنني أوافق على إجراء العلاج بنقل الدم. (أدرك أنه حتى وإن وافقت على نقل الدم، يحق لي بعدها سحب موافقتي في أي وقت). كما أصرّح للطبيب المسؤول بليقاف العلاج بنقل الدم أو تغيير نوع العلاج المُشار إليه في قسم "أنواع نقل الدم المتوقع وحجمه"، إذا ما تعرّضتُ لحالة طارئة تُهدد حياتي، أو إذا ثبت أن نقل الدم أمر بالغ الأهمية لإنجاح علاجي.

/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。

■ أنواع نقل الدم المتوقع وحجمه /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 الأنواع /Types /輸血の種類

- ☐ Red cell products /赤血球製剤 /مشتقات خلايا الدم الحمراء
☐ Autologous blood /自己血 /دم ذاتي
☐ Platelet products /血小板製剤 /مشتقات الصفائح الدموية
☐ Fresh frozen plasma /新鮮凍結血漿 /بلازما مجمدة جديدة
☐ Others/その他 /أخرى ()

الحجم / Volume/②輸血量 : _____ (ml)

تاريخ الموافقة /Date of Consent/同意日:

سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日

يرجى كتابته بخط واضح (Please print/アルファベット・ブロック体)

اسم المريض /Patient Name/患者氏名:

توقيع المريض /Patient Signature/患者署名:

العنوان /Address/住所:

يرجى كتابته بخط واضح (Please print /アルファベット・ブロック体)

اسم الممثل /Representative Name/代理人等氏名:

العلاقة بالمريض / (Relationship to the patient/続柄)

توقيع الممثل /Representative Signature/代理人等署名:

العنوان /Address:/住所

患者氏名 :
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

إذا رفضت تلقي العلاج بنقل الدم، فيرجى ملء بيانات القسم التالي بعد قراءة الفقرة التالية وفهمها جيدًا.

/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。

لقد تلقيت توضيحًا بشأن حاجتي إلى العلاج بنقل الدم. أطلب من طبيبي عدم إعطائي أي دم أو مشتقات دم. كما تلقيت "توضيحًا بشأن رفض نقل الدم لأسباب تتعلق بالحرية الدينية، وما إلى ذلك" كما هو موضح في الورقة المرفقة.

/ 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。

سنة/Year/年	شهر/Month/月	يوم/Day/日	تاريخ الموافقة/Date of Consent/署名日:
يُرجى كتابته بخط واضح (Please print/アルファベット・ブロック体)			اسم المريض /Patient Name/患者氏名:
			توقيع المريض /Patient Signature/患者署名:
			العنوان /Address/住所:
يُرجى كتابته بخط واضح (Please print/アルファベット・ブロック体)			اسم الممثل /Representative Name/代理人等氏名:
(العلاقة بالمريض)/Relationship to the patient/続柄)			توقيع الممثل /Representative Signature/代理人等署名:
			العنوان /Address/住所:

لقد وضحت طبيعة العلاج بنقل الدم للشخص الذي وقّع على ما سبق.

/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。

سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日 تاريخ التوضيح /Date of explanation/説明日 :

Seal القسم/Department/科 Doctor in charge/ 担当医: الطبيب المسؤول

أؤكدُ بتوقيعي على هذا المستند أن المريض أو الممثل يوافق على تلقي العلاج بنقل الدم / يرفضه.

/ 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。

سنة/Year/年 شهر/Month/月 يوم/Day/日 تاريخ التأكيد /Date of confirmation/ 確認日 :

Seal القسم/Department/科 Doctor in charge/担当医: الطبيب المسؤول

* إذا كان المريض قاصرًا وغير مصرح له بإبرام اتفاقية قانونية، أو كان غير قادر على إعطاء موافقته أو التوقيع بسبب اضطراب في الوعي أو مرض، فيرجى ملء قسم التوقيع التمثيلي أعلاه من قبل الوصي عليه، أو أحد الوالدين، أو ولي أمر القاصر، أو أحد أفراد الأسرة.

/* 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。

أعنت هذه الترجمة العربية تحت إشراف أطباء أو خبراء قانونيين أو غيرهم. وفي حال وجود أي اختلاف في التفسير بسبب اختلافات دقيقة في اللغات أو الأنظمة ذات الصلة، تُعطى الأولوية للنسخة اليابانية الأصلية.

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.

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。

輸血療法に関する同意書 2018年3月版