

# Mẫu xác nhận từ chối điều trị

## /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

#### Chi tiết giải thích /Details of the Explanation/説明内容

Tôi đã giải thích về tình trạng bệnh lý của anh ấy/cô ấy cho \_\_\_\_\_ (tên bệnh nhân).

Ngoài ra, tôi đã nhiều lần giải thích về sự ①cần nhập viện, khám và điều trị chặt chẽ, và rằng ②nếu không nhập viện, bệnh nhân sẽ phải đối mặt với nguy cơ tình trạng xấu đi đột ngột.

Tuy nhiên, bệnh nhân đã tự quyết định không nhập viện. Tôi cũng đã khuyên anh ấy/cô ấy rằng anh ấy/cô ấy nên đến bệnh viện khi tình trạng của anh ấy/cô ấy trở nên tồi tệ hơn.

/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。

\_\_\_\_\_  
Năm/Year/年 Tháng/Month/月 Ngày/Day/日 Giờ /Hour/時 Phút /Minutes/分

Nơi /Place/説明場所 : \_\_\_\_\_

Bác sĩ /Physician providing explanation/説明医師 : \_\_\_\_\_

Nhân chứng /Witness/同席者 : \_\_\_\_\_

#### Chi tiết xác nhận /Confirmation Details/確認内容

Gửi Giám đốc bệnh viện /To the director of the hospital/病院長, \_\_\_\_\_

(Tên bệnh viện /Hospital name / 病院名)

Tôi đã nhiều lần nhận được lời giải thích của bác sĩ \_\_\_\_\_ (tên bác sĩ) về việc cần phải nhập viện và khám, điều trị chặt chẽ đối với tình trạng bệnh lý của tôi.

Tuy nhiên, tôi đã quyết định không nhập viện và đưa ra quyết định này theo ý chí tự do của mình.

/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。

\_\_\_\_\_  
Năm /Year/年 Tháng /Month/月 Ngày /Day/日 Giờ /Hour/時 Phút /Minutes/分

Ký tên /Signature/自署 : \_\_\_\_\_

Nhân chứng /Witness/同席者 : \_\_\_\_\_