**Formulir Persetujuan /Consent Form/同意書**

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

（Nama rumah sakit /Hospital name/病院名）

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ menerima penjelasan sesuai dengan dokumen penjelasan pada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nama prosedur medis) mengenai prosedur medis yang akan dilakukan pada \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_( Tahun /Bulan/Tanggal ).

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_has been given explanation according to the explanatory document on \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of medical procedure) regarding the medical procedure to be performed on \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(Year/Month/Day).

/　　　　　　　　　　　　　　　　　様が　　　　年　　　月　　　日に受ける診療行為にあたり、

　　　　　　　の説明書などにて下記の事項について説明しました。

（医療行為名）

□ Nama penyakit, kondisi klinis /Name of disease, clinical condition/病名、病態

□ Tujuan, kebutuhan dan efektivitas pengobatan atau pemeriksaan

/Purpose, necessity and effectiveness of the treatment or examination/治療（検査）の目的・必要性・有効性

□ Rincian, karakteristik dan tindakan pencegahan mengenai perawatan atau pemeriksaan

/Details, characteristics and precautions regarding the treatment or examination

/治療（検査）の内容と性質および注意事項

□ Risiko prosedur (pengobatan/pemeriksaan) dan tingkat prevalensinya

/Risks of the procedure (treatment/examination) and their incidence rate/治療（検査）に伴う危険性とその発生率

□ Prosedur dalam kasus gejala/komplikasi yang tidak terduga

/Procedures in the case of unexpected symptoms/complications/偶発症発生時の対応

□ Kemungkinan pengobatan / pemeriksaan alternatif, serta faktor risiko yang menyertai dan frekuensi kemunculannya

/Possibility of alternative treatment/examination, and accompanying risk factors and incidence

/代替可能な治療（検査）およびそれに伴う危険性とその発生率

□ Kemungkinan hasil dan prognosis jika pengobatan / pemeriksaan tidak dilakukan

/Possible outcome and prognosis if the treatment/examination is not performed

/治療（検査）を行わなかった場合に予想される経過

□ Permintaan khusus pasien /The patient’s specific request(s)/患者様の具体的希望

□ Informasi kontak pasien /Patient’s contact information/患者様連絡先の確認

□ Penarikan persetujuan untuk perawatan / pemeriksaan /Withdrawal of consent for treatment/examination

/治療（検査）の同意撤回

□ Hal-hal terkait transfusi darah /Blood transfusion related matters/輸血関連

□ Penjelasan pemeriksaan penyakit menular /Explanation of the examination for infectious diseases

/感染症検査に関する説明

□ Hak pasien untuk meminta pendapat dokter lain (second opinion)

/Patient’s right to ask for another doctor’s opinion (second opinion)

/その他の医師の意見（セカンドオピニオン）を求めることが出来ること

□ Lainnya /Others/その他

■Tanggal penjelasan /Date of explanation/説明年月日：　　　/　　　/　 　(Tahun/Bulan/Tanggal /Year/Month /Day)

Waktu /Time/説明を行った時間：

■Tempat /Place/説明場所：

■Dokter memberikan penjelasan /Physician providing explanation/説明を行った医師名：

（Tanda tangan atau segel dokter /Physician’s signature or seal/署名あるいは押印）

■Saksi untuk rumah sakit /Witness for the hospital/病院側同席者

■Saksi untuk pasien /Witness for the patient/患者側同席者

Hubungan dengan pasien /Relationship with the patient/患者との関係：

Setelah sepenuhnya memahami penjelasan di atas, saya [memberikan persetujuan saya / tidak memberikan persetujuan saya] atas kehendak bebas saya sendiri untuk perawatan / pemeriksaan. (Lingkari pilihan Anda)

/Having fully understood the above explanations, I [ give my consent / do not give my consent ] of my own free will to receive treatment/examination. (Circle your choice)

/以上について、内容を十分理解し、自由な意思に基づき、この治療（検査）を受けることに

［　同意します。　／　同意しません。　］ （どちらかに○をつけてください。）

　　　　/　　　　/　　　　(Tahun /Bulan/Tanggal /Year/Month /Day)/同意年月日

Sabar /Patient/同意者（Pribadi /in person/本人）： 　　　 　（**tanda tangan** /Signature/署名）

（Perwakilan hukum /Legal representative/代諾者）： 　　　　　　　　　（**tanda tangan** /Signature/署名）

Hubungan dengan pasien /Relationship with the patient/患者との関係：

\* Jika pasien tidak dapat menandatangani atau masih di bawah umur, wali atau perwakilan sah pasien harus menandatangani..

/\*When the patient cannot sign by him/herself or he/she is a minor, their legal guardian or representative should sign above.

/※本人が署名できない場合、未成年の場合には、保護者又は代理人に署名をお願いします。

\* Saya mengerti bahwa meskipun saya menyetujui pemeriksaan, saya dapat mencabut izin saya kapan saja.

/\*I understand that even if I consent to the examination, I am free to withdraw my authorization at any time.

/※同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

Setelah dokumen persetujuan ini ditandatangani oleh kedua belah pihak, satu salinan akan diberikan kepada pasien dan aslinya akan disimpan di rumah sakit.

/After both parties have signed this consent document, one copy will be given to the patient, and the original will be kept by hospital.

/患者様署名後にコピーを1部取り、コピーを患者様へお渡しします。原本は病院保管

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.

Terjemahan bahasa Inggris ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika terdapat perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan bahasa atau sistem yang terkait, maka bahasa asli Jepang yang akan diprioritaskan.