

## सहमति पत्र / Consent Form / 同意書

अस्पताल के निदेशक को //To the director of the hospital/ 病院長殿, \_\_\_\_\_

(अस्पताल का नाम /Hospital name/ 病院名)

/ \_\_\_\_\_ को \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (वर्ष/महीना/दिन) को निष्पादित की जाने वाली चिकित्सा प्रक्रिया के संबंध में \_\_\_\_\_ (चिकित्सा प्रक्रिया का नाम) पर व्याख्यात्मक दस्तावेज़ के अनुसार स्पष्टीकरण दिया गया

है।/ \_\_\_\_\_ 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)

रोग का नाम, नैदानिक स्थिति /Name of disease, clinical condition/ 病名、病態

उपचार या परीक्षा का उद्देश्य, आवश्यकता और प्रभावशीलता

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

उपचार या जांच के संबंध में विवरण, विशेषताएं और सावधानियां

/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

प्रक्रिया के जोखिम (उपचार/परीक्षा) और उनकी घटना दर

/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

अप्रत्याशित लक्षणों/जटिलताओं के मामले में प्रक्रियाएं

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

वैकल्पिक उपचार/परीक्षा की संभावना, और संबंधित जोखिम कारक और घटनाएँ

/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

यदि उपचार/परीक्षा नहीं की गई तो संभावित परिणाम और पूर्वानुमान

/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

मरीज़ का विशिष्ट अनुरोध/The patient's specific request(s)/ 患者様の具体的希望

मरीज़ की संपर्क जानकारी /Patient's contact information/ 患者様連絡先の確認

उपचार/जांच के लिए सहमति वापस लेना /Withdrawal of consent for treatment/examination/ 治療 (検査) の同意撤回

रक्त आधान संबंधी मामले /Blood transfusion related matters/ 輸血関連

संक्रामक रोगों की जांच का स्पष्टीकरण/Explanation of the examination for infectious diseases

/感染症検査に関する説明

दूसरे डॉक्टर की राय मांगने का मरीज का अधिकार (दूसरी राय)

/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) を求めることができること

अन्य /Others/その他

■ स्पष्टीकरण की तिथि /Date of explanation/説明年月日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (वर्ष/महीना/दिन /Year/Month/Day)

समय /Time/説明を行った時間 : \_\_\_\_\_

■ स्थान /Place/説明場所 : \_\_\_\_\_

■ चिकित्सक स्पष्टीकरण प्रदान करते हुए /Physician providing explanation/説明を行った医師名 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(चिकित्सक के हस्ताक्षर या मुहर /Physician's signature or seal/署名あるいは押印)

■ अस्पताल के लिए गवाह /Witness for the hospital/病院側同席者 \_\_\_\_\_

■ रोगी के लिए गवाह /Witness for the patient/患者側同席者 \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध /Relationship with the patient/患者との関係 : \_\_\_\_\_

उपरोक्त स्पष्टीकरणों को पूरी तरह से समझने के बाद, मैं उपचार/जांच प्राप्त करने के लिए अपनी स्वेच्छा से [अपनी सहमति देता हूँ/अपनी सहमति नहीं देता]। (अपनी पसंद पर गोला बनाएं)/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。）

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (वर्ष / महीना /दिन/Year/Month /Day)/同意年月日

रोगी /Patient/同意者 (व्यक्तिगत रूप से /in person/本人) : \_\_\_\_\_ (हस्ताक्षर /Signature/  
署名)

(कानूनी प्रतिनिधि /Legal representative/代諾者) : \_\_\_\_\_ (हस्ताक्षर /Signature/署名)

रोगी के साथ संबंध /Relationship with the patient/患者との関係 : \_\_\_\_\_

\* जब रोगी स्वयं हस्ताक्षर नहीं कर सकता या वह नाबालिग है, तो उनके कानूनी अभिभावक या प्रतिनिधि को ऊपर हस्ताक्षर करना चाहिए।

/\*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。

\* मैं समझता हूँ कि अगर मैं परीक्षा के लिए सहमति देता हूँ, तो भी मैं किसी भी समय अपना प्राधिकरण वापस लेने के लिए स्वतंत्र हूँ।

/\*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。

दोनों पक्षों द्वारा इस सहमति दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने के बाद, एक प्रति रोगी को दी जाएगी, और मूल प्रति अस्पताल द्वारा रखी जाएगी।

/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