

患者氏名：  
患者ID：

中文/中国語

## 关于输血疗法的同意书 /輸血療法に関する同意書

如果同意接受输血疗法，请在下面的栏里签字。

/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。

我已经接受“关于输血疗法的说明书”的说明，充分理解了关于输血疗法及其风险。并且，我也确认了在下述“关于预定的输血类型和输血量”记载的内容。在这基础上，我同意接受输血疗法。（在同意之后，也可随时撤回同意。）

此外，我也同意根据负责医生的判断中止输血疗法，以及在发生危及生命的紧急情况或在治疗过程中认为必需输血时，可以根据负责医生的判断实施与下述“关于预定的输血类型和输血量”内容不同的输血疗法。

/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。

### ■关于预定的输血类型和输血量/予定される輸血の種類と量について

#### ①输血的类型/輸血の種類

- 自体血/自己血      红细胞制剂/赤血球製剤      血小板制剂/血小板製剤  
新鲜冰冻血浆/新鮮凍結血漿      其他/その他(                      )

#### ②输血量/輸血量 : \_\_\_\_\_ (毫升/ml)

同意日期/同意日： \_\_\_\_\_ 年/年          月/月          日/日

患者姓名/患者氏名： \_\_\_\_\_ (字母、正楷/アルファベット・ブロック体)

患者签字/患者署名： \_\_\_\_\_

住址/住所： \_\_\_\_\_

代理人等姓名/代理人等氏名： \_\_\_\_\_ (字母、正楷/アルファベット・ブロック体)

代理人等签字/代理人等署名： \_\_\_\_\_ (与患者的关系/続柄                                      )

住址/住所： \_\_\_\_\_

患者氏名：  
患者ID：

中文/中国語

如果拒绝接受输血疗法，请确认及理解下面文章的内容后，在下面的栏里签字。

/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。

我虽然接受了关于输血疗法的必要性的说明，但是我拒绝接受输血疗法。

/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。

签字日期/署名日：	年/年	月/月	日/日
患者姓名/患者氏名：	(字母、正楷/アルファベット・ブロック体)		
患者签字/患者署名：			
住址/住所：			
代理人等姓名/代理人等氏名：	(字母、正楷/アルファベット・ブロック体)		
代理人等签字/代理人等署名：	(与患者的关系/続柄)		
住址/住所：			

我已向上述签字人进行了关于输血疗法的说明。

/記署名者に対して輸血療法について説明しました。

说明日期/说明日： 年/年 月/月 日/日 科/科 负责医生/担当医： 盖章/印

我已确认上述患者（或代理人等）在本文件上表示同意了或拒绝了输血疗法。

/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。

确认日期/確認日： 年/年 月/月 日/日 科/科 负责医生/担当医： 盖章/印

※如果患者本人是不具备同意能力的未成年人，或者由于意识障碍、病情等原因而无法表示同意或签字时，  
请监护人、亲权人、或未成年监护人、或亲属等人在上述代理人等签字栏上签字。

/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。