

患者氏名：
患者ID：

Español/スペイン語

Si REHUSA recibir una transfusión sanguínea, por favor lea el siguiente enunciado. Si lo comprende, complete los datos necesarios y firme.

/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。

He recibido una explicación de la necesidad de una transfusión sanguínea; sin embargo, REHUSO recibir una transfusión sanguínea.

/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。

Fecha de la firma/署名日： Año/年 Mes/月 Día/日

Nombre del paciente (alfabeto en letras de imprenta)
***(en letras de imprenta)/患者氏名：** /アルファベット・ブロック体

Firma del paciente/患者署名：

Dirección del paciente/住所：

Nombre del representante (alfabeto en letras de imprenta)
***(en letras de imprenta)/代理人等氏名：** /アルファベット・ブロック体

Firma del representante/代理人等署名： (Relación con el paciente/続柄)

Dirección del representante/住所：

He dado una explicación de la transfusión sanguínea a la persona arriba firmante.

/上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

Fecha de la explicación/説明日： Año/年 mes/月 día/日

Departamento médico/科 Médico responsable/担当医： sello/印

Confirmando que el paciente (o su representante) arriba mencionados han ACEPTADO o REHUSADO recibir una transfusión sanguínea mediante la FIRMA del presente documento.

/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

Fecha de confirmación/確認日： Año/年 mes/月 día/日

Departamento médico/科 Médico responsable/担当医： sello/印

* Si el paciente es menor de edad, que no tiene capacidad para aceptar o es una persona que no puede firmar, por estar inconsciente o por sufrir algún otro trastorno, el documento deberá ser firmado por el tutor, progenitor, adulto responsable del menor o familiar, arriba mencionados en la sección destinada al “Representante”.

/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。