



患者氏名 :  
患者ID :

한국어/韓国語

수혈요법을 거부하실 경우에는 다음의 문장을 잘 읽고 이해하신 뒤, 서명란에 서명해 주시기 바랍니다.  
/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。

저는, 수혈요법의 필요성에 대하여 설명 받았으나 수혈요법을 받는 것을 거부합니다. /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。

서명일/署名日 : 년/年 월/月 일/日

환자성함/患者氏名 : (알파벳·블록체/アルファベット・ブロック体)

환자서명/患者署名 :

주소/住所 :

대리인 등 성함/代理人等氏名 : (알파벳·블록체/アルファベット・ブロック体)

대리인 등 서명/代理人等署名 : (관계/続柄 )

주소/住所 :

위 서명자에게 수혈요법에 대하여 설명하였습니다./上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

설명일/説明日 : 년/年 월/月 일/日 과/科 담당의/担当医 : 인/印

위 환자 (또는 대리인 등) 이 본 문서에 대하여 수혈요법에 동의, 또는 거부한 것을 확인하였습니다.  
/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

설명일/説明日 : 년/年 월/月 일/日 과/科 담당의/担当医 : 인/印

※환자분 본인이 동의능력이 없는 미성년자일 경우, 또는 의식장애·질병상태 등에 의하여 동의·서명이  
불가능할 경우에는 위의 대리인 등 서명란에 보호자, 친권자, 또는 미성년 후견인, 또는 친족 분께서  
서명해 주시기 바랍니다.

/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。