

เอกสารยอมรับวิธีรักษาโดยการถ่ายเลือด/輸血療法に関する同意書

If you agree to receive transfusion therapy, please place your signature below./輸血療法に同意する場合には、以下のボタンをクリックしてください

[ยอมรับ/同意します](#)

If you refuse to receive transfusion therapy, please click a button below/輸血療法を拒否する（同意しない）場合には、以下のボタンをクリックしてください

[ไม่ยอมรับ/拒否します（同意しません）](#)

เอกสารยอมรับวิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือด 輸血療法に関する同意書

กรณีที่คุณยอมรับวิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือด โปรดเซ็นชื่อในช่องด้านล่าง
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

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือดและอันตรายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ 'เอกสารอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือด' และเข้าใจในเนื้อหาแล้ว รวมถึงได้ตรวจสอบยืนยันรายละเอียดที่ได้กรอกใน 'เกี่ยวกับประเภทและปริมาณของการถ่ายเลือดที่คาดการณ์' ที่ระบุด้านล่างนี้แล้ว ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงยอมรับการรักษาโดยการถ่ายเลือด (กรณีที่ได้ออมรับไปแล้ว ก็สามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา) นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังยอมรับว่าอาจมีการหยุดวิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือด ตามการตัดสินใจของแพทย์ผู้รับผิดชอบ รวมถึงอาจใช้วิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือดซึ่งแตกต่างไปจากรายละเอียดที่ได้กรอกใน 'เกี่ยวกับประเภทและปริมาณของการถ่ายเลือดที่คาดการณ์' ที่ระบุด้านล่างนี้ตามการตัดสินใจของแพทย์ผู้รับผิดชอบ กรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินอาจถึงแก่ชีวิต หรือกรณีที่ประเมินว่ามีความจำเป็นต้องถ่ายเลือดระหว่างขั้นตอนการรักษา

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りますこと、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。

เอกสารยอมรับวิธีรักษาโดยการถ่ายเลือด 輸血療法に関する同意書

■ เกี่ยวกับประเภทและปริมาณของการถ่ายเลือดที่คาดการณ์ 予定される輸血の種類と量について

1. ประเภทของการถ่ายเลือด/輸血の種類

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เลือดของตนเอง/自己血 | <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์เม็ดเลือดแดง/赤血球製剤 |
| <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์เกล็ดเลือด/血小板製剤 | <input type="checkbox"/> พลาสมาสดแช่แข็ง/新鮮凍結血漿 |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ/その他 | |

อื่นๆ

2. ปริมาณการถ่ายเลือด/輸血量

(ml)

เอกสารยอมรับการรักษาโดยการถ่ายเลือด 輸血療法に関する同意書

■ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย/患者氏名

■ลงชื่อผู้ป่วย/患者署名

■ที่อยู่/住所

■ชื่อ-นามสกุลตัวแทน ฯลฯ/代理人等氏名

อักษรภาษาอังกฤษ / ตัวบรรจง/"アルファベット・ブロック体",

■ลงชื่อตัวแทน ฯลฯ/代理人等署名

■ที่อยู่/住所

วันที่ทำการยอมรับ

2021/04/17

]/ เดือน / วัน

เอกสารฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นภายใต้การกำกับควบคุมโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย กรณีที่เกิดข้อผิดพลาดในการตีความอันเนื่องมาจากภาษาหรือระบบ ฯลฯ ระหว่างประเทศญี่ปุ่นกับต่างประเทศ ให้ถือเอาฉบับภาษาญี่ปุ่นเป็นสำคัญ
本資料は、医師や法律の専門家等の監修を受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。

出典：厚生労働省ホームページ