

Explanation of Blood Transfusion and Fractionated Plasma Products (Specific Biological Products) Refusal

/輸血や血漿分画製剤（特定生物由来製品）投与拒否に関する説明書

*It is hospital policy that we shall administer blood transfusion in emergency cases to save a patient's life without consent from the patient or his/her family member or guardian.

We acknowledge and respect the patient's intentions and beliefs, and will provide bloodless medicine whenever possible. However, we shall administer blood transfusion in emergency circumstances where a transfusion is the only option.

/当院では救命のための緊急輸血は患者本人や家族親権者の同意がなくても輸血します。

患者の意思を尊重して可能な限り無輸血治療に努力するが、「輸血以外に救命手段がない」事態に至った時には輸血を行うという立場・考え方をとっています。

I confirm my wishes regarding the administration of blood and fractionated plasma products.

/現時点での輸血や血漿分画製剤投与についての意思確認

Patient/患者本人

(Refuse/拒否する・Do not refuse/拒否しない) Signature/署名

Patient's family/患者家族 (first or second degree relative only/2 親等以内)

(Refuse/拒否する・Do not refuse/拒否しない) Signature/署名

Guardian, if the patient is under 18 years old/患者が 18 歳未満の場合、親権者

(Refuse/拒否する・Do not refuse/拒否しない) Signature/署名

To the director of the hospital/病院長,

(Hospital name/病院名)

As of today, I request that no blood or fractionated plasma products be administered, and give my signature as below. I will receive an explanation about the refusal of blood transfusions at this medical facility, and based on the explanation, I will decide whether to sign both the "Explanation of Transfusion Therapy" and the "Consent Form for Transfusion Therapy"

/現時点で輸血や血漿分画製剤投与を拒否するため、署名したうえで施設の輸血拒否に関する説明を聞きます。そのうえで「輸血療法に関する説明書」および「輸血療法に関する同意書」に署名するか検討します。

Year/年 Month/月 Day/日

Patient/患者本人

Patient's family/患者家族 (first or second degree relative only/2 親等以内 Relationship/続柄)

()

Guardian/親権者 (If the patient is under 18 years old/患者が 18 歳未満の場合)

/

We shall provide the necessary consultation and laboratory tests, etc. to all patients who wish to have consultation and treatment or those who are brought to the hospital by ambulance. After obtaining informed consent from the patients, we shall provide medical and surgical treatment in the best interest of the patients. **In urgent circumstances, we may perform emergency treatment without explaining the procedures to the patient or a guardian to save his/her life.**

Any treatment may require a blood transfusion or the administration of fractionated plasma products.
Particularly in the case where a patient develops hemorrhagic shock or a surgery is required, it is most likely that an emergency blood transfusion will be necessary, and subsequent transfusions may be required during and after the surgery.

It is our mission to save our patients' lives, therefore **we shall perform emergency tests, emergency procedures and emergency treatment including emergency blood transfusions as quickly as possible, regardless of the intentions of the patient or his/her family.**

If the above-mentioned consultation and treatment policy imposes a mental burden on the patient and his/her family, we recommend that the patient change hospitals promptly. However, we shall provide consultation and treatment to the patient in accordance with the above policy until he/she is transferred to another hospital.

If the patient or his/her family member(s) files criminal charges, makes accusations or files a civil suit against us when a blood transfusion is administered, or a police agency conducts an investigation and brings charges against us when a blood transfusion is not administered, **we shall take the necessary measures to prevent placing blame on the doctor caring for the patient and doctors who are involved in the treatment.**

/当院では、診療を希望されて来院された患者や救急搬送された患者に対して、必要とされる診察、検査等を施行し、説明して同意を得たうえで適切と判断される内科的、外科的治療を施行します。しかし、**救命のために、患者本人だけでなく家族親権者に説明することなく救急対応をすることもあります。**

輸血や血漿分画製剤投与が不要といえる治療はありません。特に、出血によるショックを発症している場合や、手術が必要と判断される場合は、すでに緊急輸血が必要である可能性が極めて高く、さらに術中術後にも輸血が必要になることが考えられます。

当院は救命を使命としている医療施設であるため、**院内においては救命のための緊急検査や緊急処置、並びに緊急輸血を含めた緊急治療は患者や家族の意思に関わらず可能な限り早急に施行します。**

上記した当院での診療方針が患者や家族の精神的負担になるのであれば、速やかに転院をお勧めします。転院完了までは、上記の当院内の方針で診療対応します。

なお、輸血を行った結果、患者または家族などからの刑事告訴、告発、民事訴訟、又は輸血を行わず警察関係からの捜査、起訴などがあった場合は、**主治医または当該治療に関わった医師などに責任が及ぶことがないように病院として対応します。**

Year/年 Month/月 Day/日 Hour/時 Minutes/分

Hospital name/病院 _____

Physician providing explanation/説明医師 _____

Witness/同席者 _____

I was given a full explanation, and I confirm my wishes regarding consultation and treatment including blood transfusions and the administration of fractionated plasma products at this hospital.

/十分説明を聞いた後の、輸血や血漿分画製剤投与も含め、当院での診療ならびに治療についての意思確認

Patient/患者本人

(Wish to have consultation and treatment including a blood transfusion/輸血を含め診療を希望する

・ Will change hospitals/転院する)

Signature/署名 _____

Patient's family/患者家族 (first or second degree relative only/2 親等以内)

(Wish to have consultation and treatment including a blood transfusion/輸血を含め診療を希望する

・ Will change hospitals/転院する)

Signature/署名 _____

Guardian, if the patient is under 18 years old/患者が 18 歳未満の場合親権者

(Wish to have consultation and treatment including a blood transfusion/輸血を含め診療を希望する

・ Will change hospitals/転院する)

Signature/署名 _____

If the patient wishes to have consultation and treatment including a blood transfusion, please sign both the “Explanation of Transfusion Therapy” and the “Consent Form for Transfusion Therapy”.

We shall prepare a referral letter if the patient wishes to change hospitals.

/輸血を含め診療を希望される場合は、「輸血療法に関する説明書」および「輸血療法に関する同意書」に署名してください。

転院される場合は、紹介状を準備します。