## 수혈요법에 관한 동의서 /輸血療法に関する同意書

## 수혈요법에 동의하실 경우에는 서명란에 서명해 주십시오. /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

저는 수혈요법과 그 위험성에 대하여 '수혈요법에 관한 설명서'를 통해 충분한 설명을 받았고 이해하였으며 다음의 '예정된 수혈의 종류와 양에 대하여'에 기입된 내용에 대해서도 확인했습니다. 이상의 내용을 염두에 두고 수혈요법을 받을 것에 동의합니다. (동의하신 경우에도 언제든지 철회하실 수 있습니다.)

또한, 담당의의 판단으로 수혈요법을 중지할 경우가 있는 점, 생명이 위독한 긴급사태나 치료경과 중에 수혈이 필요하다고 판단되었을 경우에는 담당의의 판단에 의하여 다음의 '예정된 수혈의 종류와 양에 대하여'에 기입된 내용과는 다른 수혈요법을 실시할 수도 있다는 점에도 동의합니다.

/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。

## ■예정된 수혈의 종류와 양에 대하여/予定される輸血の種類と量について

①수혈의 종류/輸血	の種類				
□자가혈/自己血	□적혈구 제제	/赤血球製剤	□혈소판	제제/血小	板製剤
□신선동결혈장/휛	所鮮凍結血漿	□기타/その他	1 (		)

⑦仝형량/齢血量		(ml)
(2) テロダ/脚川 雷	•	(ml)

동의일/同意日:	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:				

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。

村명일/署名日:恒/年월/月일/日환자성함/患者氏名:(일파坝・블록체アルファベット・ブロック体)환자서명/患者署名:子소/住所:대리인 등 성함/代理人等氏名:(일패坝・블록제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 등의 분에 의한 서명을 부탁 드립니다.

/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。