

Sobre o Exame de Doenças Infecciosas /感染症検査について

Neste hospital, fazemos o possível para conhecer corretamente o estado de saúde dos pacientes, e pensamos em realizar a consulta, o diagnóstico e o tratamento com confiança e segurança. Para isso, solicitamos que se submetam a exames de doenças infecciosas antes de cirurgias, intervenções, antes de certos exames e na gravidez.

Normalmente, os agentes patogênicos alvos de exames são bactérias, vírus da Hepatite B, vírus da Hepatite C, Treponema da sífilis, vírus da AIDS entre outros, porém, conforme as necessidades médicas do paciente, pode ser que sejam omitidos alguns itens ou adicionados outros.

Estes exames são muito importantes para determinar a conduta do seu tratamento. Além disso, será de auxílio para prevenir infecções na sua família, na comunidade local e nos profissionais de saúde.

Em relação aos resultados dos exames, teremos cuidado rigoroso para a proteção da privacidade.

Ao se submeter aos exames, caso não recebamos o seu consentimento, procederemos supondo que tenha doenças infecciosas.

/当院では皆様の健康状態をできるだけ正確に知り、信頼と安全の上に診察・診断・治療を進めていきたいと考えています。そのために、手術、処置、一部の検査の前や妊娠時に感染症検査を受けて頂いています。

通常、検査対象となる病原体は、細菌、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、梅毒トレポネーマ、エイズウイルス（HIV）などですが、医療上の必要に応じて項目の一部を省略したり他の項目を追加する場合があります。

この検査は、あなたの治療方針を決めるうえで非常に大切な情報になります。また家族や地域社会、また医療従事者への感染を防ぐ上で役立ちます。

検査結果については、プライバシーの保護を厳守します。

検査を受けていただくことにつき同意を得られない場合は、感染症があることを想定した対応をさせていただきます。

**※Recebi a explicação acima e a compreendi perfeitamente.
/上記の内容につき十分な説明を受け、理解しました。**

Ano/年 Mês/月 Dia/日

Assinatura/署名欄
