

患者氏名：
患者ID：

中文/中国語

如果拒绝接受输血疗法，请确认及理解下面文章的内容后，在下面的栏里签字。

/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。

我虽然接受了关于输血疗法的必要性的说明，但是我拒绝接受输血疗法。

/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。

签字日期/署名日： 年/年 月/月 日/日

患者姓名/患者氏名： (字母、正楷/アルファベット・ブロック体)

患者签字/患者署名：

住址/住所：

代理人等姓名/代理人等氏名： (字母、正楷/アルファベット・ブロック体)

代理人等签字/代理人等署名： (与患者的关系/続柄)

住址/住所：

我已向上述签字人进行了关于输血疗法的说明。

/記署名者に対して輸血療法について説明しました。

说明日期/说明日： 年/年 月/月 日/日 科/科 负责医生/担当医： 盖章/印

我已确认上述患者（或代理人等）在本文件上表示同意了或拒绝了输血疗法。

/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。

确认日期/確認日： 年/年 月/月 日/日 科/科 负责医生/担当医： 盖章/印

※如果患者本人是不具备同意能力的未成年人，或者由于意识障碍、病情等原因而无法表示同意或签字时，
请监护人、亲权人、或未成年监护人、或亲属等人在上述代理人等签字栏上签字。

/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。