

(様式 1)

## 輸血拒否と免責に関する証明書

(処置、手術など) について

説明日 年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_ 科

主治医 (署名) \_\_\_\_\_

同席看護師 (署名) \_\_\_\_\_

### 済生会西条病院院長殿

私は、私の健康と適切な治療のため、以下の種類の血液製剤を以下のように輸血する可能性や必要性があることについて説明を受けました。

(血液製剤の種類、投与量等具体的に記入)

.....

.....

.....

.....

.....

しかしながら、私は、信仰上の理由に基づき、私の生命や健康にどのような危険性や不利益が生じても、輸血を使用しないように依頼いたします。

私は、輸血を拒んだことによって生じるいかなる事態に対しても、担当医を含む関係医療従事者及び病院に対して、一切責任を問いません。

なお、私が拒む輸血には (○で囲む)、全血、赤血球、白血球、血小板、血漿、自己血 (術前貯血式、術中希釈式、術中回収式、術後回収式)、血漿分画製剤 (アルブミン、免疫グロブリン、凝固因子製剤、その他 \_\_\_\_\_ ) があります。

輸液や血漿増量剤による処置は差し支えありません。

署名日 年 月 日

患者氏名 (署名) \_\_\_\_\_

代理人氏名 (署名) \_\_\_\_\_ 患者との続柄 \_\_\_\_\_