

Lembar Persetujuan Terapi Transfusi Darah/輸血療法に関する同意書

If you agree to receive transfusion therapy, please place your signature below./輸血療法に同意する場合には、以下のボタンをクリックしてください

I agree/同意します

If you refuse to receive transfusion therapy, please click a button below/輸血療法を拒否する（同意しない）場合には、以下のボタンをクリックしてください

I refuse/拒否します（同意しません）

Lembar Persetujuan Terapi Transfusi Darah 輸血療法に関する同意書

Jika Anda menyetujui terapi transfusi darah, silakan bubuhkan tanda tangan Anda pada kolom di bawah ini.
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

Saya telah mendapat penjelasan yang cukup tentang terapi transfusi darah dan risikonya dengan menggunakan Lembar Penjelasan Terapi Transfusi Darah, dan memahaminya. Saya juga telah membaca informasi yang tercantum di bagian 'Jenis dan jumlah darah yang akan ditransfusikan' di bawah. Oleh karena itu, saya setuju untuk menjalani terapi transfusi darah. (Sekalipun persetujuan telah diberikan, Anda dapat mencabutnya kapan saja.) Saya juga setuju bahwa terapi transfusi darah dapat dihentikan atas kebijaksanaan dokter penanggung jawab, dan jika terjadi keadaan darurat yang mengancam nyawa atau jika transfusi darah dianggap perlu di tengah pengobatan, dokter penanggung jawab dapat, atas kebijaksanaannya sendiri, melakukan terapi transfusi darah yang berbeda dengan yang tercantum di bagian 'Jenis dan jumlah darah yang akan ditransfusikan'.

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りますこと、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。

Lembar Persetujuan Terapi Transfusi Darah 輸血療法に関する同意書

■Jenis dan jumlah darah yang akan ditransfusikan 予定される輸血の種類と量について

1.Jenis transfusi darah/輸血の種類

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Darah autologus/自己血 | <input type="checkbox"/> Produk sel darah merah/赤血球製剤 |
| <input type="checkbox"/> Produk trombosit/血小板製剤 | <input type="checkbox"/> Plasma beku segar/新鮮凍結血漿 |
| <input type="checkbox"/> Lainnya/その他 | |

Lainnya

2.Jumlah darah transfusi/輸血量

(ml)

Lembar Persetujuan Terapi Transfusi Darah 輸血療法に関する同意書

■Nama pasien/患者氏名

■Tanda tangan pasien/患者署名

■Alamat/住所

■Nama pemegang kuasa/代理人等氏名

Alfabet, huruf tegak/"アルファベット・ブロック体",

■Tanda tangan pemegang kuasa/代理人等署名

■Alamat/住所

Tanggal persetujuan

2021/04/17

ahun/Bulan/Tanggal

Dokumen ini disiapkan di bawah pengawasan dokter, pakar hukum, dan pihak-pihak terkait. Dalam hal adanya perbedaan penafsiran karena perbedaan bahasa, sistem, dan lain-lain antara Jepang dan negara lain, maka versi bahasa Jepang yang akan berlaku.

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

出典：厚生労働省ホームページ

Lembar Persetujuan Terapi Transfusi Darah/輸血療法に関する同意書

Jika Anda menolak terapi transfusi darah, bacalah baik-baik dan pahami pernyataan berikut, kemudian bubuhkan tanda tangan Anda pada kolom di bawah ini.

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。

Saya telah mendapat penjelasan tentang perlunya terapi transfusi darah, tetapi saya menolak untuk menjalani terapi transfusi darah. Saya telah mendapat Penjelasan Penolakan Transfusi Darah karena Kebebasan Beragama, dll. sebagaimana terlampir./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。別紙のとおり、「宗教的自由等による輸血拒否の説明」を受けました。

■Nama pasien/患者氏名 /"アルファベット・ブロック体"

■Tanda tangan pasien/患者署名

■Alamat/住所

■Nama pemegang kuasa/代理人等氏名

"アルファベット・ブロック体",

■Tanda tangan pemegang kuasa/代理人等署名

■Alamat/住所

Lembar Persetujuan Terapi Transfusi Darah/輸血療法に関する同意書

Saya telah memberikan penjelasan tentang terapi transfusi darah kepada orang yang memberikan tanda tangan di atas./上記署名者に対して輸血療法について説明しました。

説明日/ Tanggal penjelasan _____ (年/月/日) /Tahun/Bulan/Tanggal

_____ 科/Bagian

担当医/Dokter penanggung jawab: _____ Seal

Saya telah mengonfirmasi bahwa pasien (atau pemegang kuasa, dll.) di atas telah memberikan persetujuan atau penolakan atas terapi transfusi darah dengan menandatangani dokumen ini..

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。

確認日/Tanggal konfirmasi _____ (年/月/日) /Tahun/Bulan/Tanggal

_____ 科/Bagian 担当医/Dokter penanggung

jawab: _____ Seal

When the patient is a minor who is incapable of legal agreement, or the patient is incapable of giving consent or signing because of a disturbance of consciousness or disease, please have a guardian, a person in parental authority, a guardian of a minor, or a family member fill out the section for Representative Signature above.

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します。

Dokumen ini disiapkan di bawah pengawasan dokter, pakar hukum, dan pihak-pihak terkait. Dalam hal adanya perbedaan penafsiran karena perbedaan bahasa, sistem, dan lain-lain antara Jepang dan negara lain, maka versi bahasa Jepang yang akan berlaku.

本資料は、医師や法律の専門家等の監修を受けて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

出典：厚生労働省ホームページ