

Kasulatan ng Pagsang-ayon kaugnay sa Therapy ng Pagsasalin ng
Dugo/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

[sumasang-ayon ako/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

[hindi ako sumasang-ayon/拒否します（同意しません）](#)

Kasulatan ng Pagsang-ayon kaugnay sa Therapy ng Pagsasalin ng Dugo 輸血療法に関する同意書

Mangyaring lagdaan ang puwang sa ibaba kung sumasang-ayon sa therapy ng pagsasalin ng dugo 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

Nakatanggap ako ng sapat na paliwanag gamit ang 'Kasulatan ng Paliwanag kaugnay sa Therapy ng Pagsasalin ng Dugo' ukol sa therapy ng pagsasalin ng dugo at ang panganib nito, at naunawaan ko ito. Natiyak ko rin ang ukol sa nilalamang nakasulat sa 'Ukol sa Tinatayang Uri at Dami ng Isasaling Dugo' sa ibaba. Matapos nito, sumasang-ayon ako sa pagsailalim sa therapy ng pagsasalin ng dugo. (Maaaring bawiin kahit kailan kahit kung sumang-ayon.) Sumasang-ayon din ako na maaaring ipahinto ang therapy ng pagsasalin ng dugo sa kapasyahan ng namamahalang doktor, at maaaring magsagawa ng therapy ng pagsasalin ng dugo na iba sa nilalaman ng nakasulat sa ibabang 'Ukol sa Tinatayang Uri at Dami ng Isasaling Dugo' ayon sa kapasyahan ng namamahalang doktor sa sitwasyon ng emergency kung saan nanganganib ang buhay o kung kilalaning kailangan ang pagsasalin ng dugo sa progreso ng paggamot.

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られた場合に、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。

Kasulatan ng Pagsang-ayon kaugnay sa Therapy ng Pagsasalin ng Dugo 輸血療法に関する同意書

■Ukol sa Tinatayang Uri at Dami ng Isasaling Dugo 予定される輸血の種類と量について

1.Uri ng isasaling dugo/輸血の種類

- Sariling dugo/自己血 Mga produkto ng red blood cell/赤血球製剤
- Mga produkto ng platelet/血小板製剤
- Fresh frozen plasma/新鮮凍結血漿
- Iba pa/その他

Iba pa

2.Dami ng isasaling dugo/輸血量

(ml)

Kasulatan ng Pagsang-ayon kaugnay sa Therapy ng Pagsasalin ng Dug 輸血療法に関する同意書

■Pangalan ng pasyente/患者氏名

■Lagda ng pasyente/患者署名

■Address/住所

■Pangalan ng kinatawan atbp./代理人等氏名

Block letters ng alpabeto/"アルファベット・ブロック体",

■Lagda ng kinatawan atbp./代理人等署名

■Address/住所

Araw ng pagsang-ayon

2021/04/17

ayon/Buwan/Araw

Nilikha ang materyales na ito sa pangangasiwa ng mga doktor, espesyalista sa batas atbp., ngunit kapag nagkaroon ng pagkakaiba sa pagpapakahulugan dulot ng pagkakaiba sa salita, sistema atbp. ng Japan at ng ibang bansa, bibigyan ng prayoridad ang wikang Hapon.

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