

輸血同意書

エヌプリ病院 院長 殿

この度輸血治療を受けるにあたり、

() 科 () 医師から

別紙の輸血説明書にそって以下の内容につき説明を受け、了解しました。

また、質問する機会も十分与えられました。

輸血が必要な場合は輸血に同意します。

1. 輸血療法について
2. 輸血が必要な理由
3. 輸血療法の選択肢について
4. 輸血を行わない場合の危険性について
5. 輸血の副作用について
6. 使用される予定の血液製剤の種類と量について
7. 輸血前検体の保管、輸血後感染症検査について
8. 輸血製剤の使用に関する記録の保管について

		署名日 (必ず記入してください)	年 月 日	
署名欄	患者本人			
	患者本人が満20歳未満の場合は ご両親の署名が必要です	父		
		母		
	患者本人が満20歳以上で署名が できない場合	家族	続柄	夫、妻、父、母、

エヌプリ病院