

(別紙様式26)

平成 年 月 日

| | |
|-------------------------------|--|
| 主治医氏名 | |
| 1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等 | |
| 2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等 | |
| 3. 輸血の副作用等 | |
| 4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管 | |
| 5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等） | |

* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄：)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要