

③

## 輸血に関する説明と同意書

説明者(医師) \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_

連絡先 獨協医科大学日光医療センター 0288-76-1515(代表)内線( )

1. 私の治療に際して以下の理由で輸血の必要性、またはその可能性があること。  
出血、手術、貧血、血小板減少、凝固因子低下  
その他 ( )
2. 輸血をしなかった場合、重篤・致命的な合併症が起きる危険性があること。
3. 予定される輸血の量と種類 (具体的に記載)
- |          |   |          |        |   |          |
|----------|---|----------|--------|---|----------|
| 濃厚赤血球    | 約 | ml(ml/月) | 凍結血漿   | 約 | ml(ml/月) |
| 白血球除去赤血球 |   | ml(ml/月) | 全血     | 約 | ml(ml/月) |
| 濃厚血小板    |   | ml(ml/月) | その他( ) |   | ml(ml/月) |
- 注) 長期間継続して輸血が必要な場合は1ヶ月あたり輸血量として示してあります。
4. 輸血の安全性は格段に向上しているが、輸血による感染症には回避はできないものもあること。また免疫反応(輸血後GVHD、溶血反応、発熱、じん麻疹など)をきたす可能性があること。
5. 輸血には、a) 献血による他人血輸血と、b) 自分の血液を用いる自己血輸血があること。自己血でも不足すれば他人血併用もあり得ること。
6. 輸血後の健康管理と副作用の有無を見るために、必要に応じて肝機能検査、肝炎ウイルス、エイズウイルスなどの検査を行うことがあること。
7. 生命を脅かす緊急事態においては、輸血療法の必要性が、その危険性を上回る場合、主治医の判断によって輸血療法を選択する可能性があること。
8. 輸血後必要と認められた場合は、使用者の利益になる時に限り製造元へ情報の提供を行うことがあること。
9. この輸血に関する情報は、20年間記録保存されること。

私は、輸血の必要性、副作用の可能性などについて、別紙を基に上記の説明を受け、充分理解いたしました。治療に必要と考えますので、輸血することに同意します。

獨協医科大学日光医療センター病院長殿

お名前 \_\_\_\_\_ またはご家族など \_\_\_\_\_  
患者様とのご関係 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

\* 患者様の署名がある場合は代理人の署名は不要です。