

輸血用血液製剤と血漿分画製剤に関する説明・同意書

患者様氏名 _____様が受ける治療内容等について下記のとおり説明しました。

説明日 _____年 _____月 _____日

説明医師 _____ 医師氏名 _____ 担当医 _____ 印 _____

同席者自署（医師もしくは看護師等）氏名 _____

今回の治療に輸血用血液製剤または血漿分画製剤が必要である（または必要になる）可能性があります。

予定される輸血用血液製剤・血漿分画製剤の種類と量は以下のとおりです。（単位・バッグ・mL等に○）

なお、病状の変化によって予定される使用量の変更や、他の種類の製剤が使用されることがあります。

赤血球製剤 _____ 単位・バッグ

血小板製剤 _____ 単位・バッグ

血漿製剤 _____ 単位・バッグ

自己血輸血 _____ mL

アルブミン製剤 _____ mL・g

グロブリン製剤 _____ mL・g

凝固因子製剤 【種類： _____】 _____ mL・g・単位

その他の血漿分画製剤 【種類： _____】 _____ mL・g・単位

同意書

医療法人 川崎病院 病院長殿

私は、現在の病状及びそれに対応する診療行為の必要性とその内容、これに伴うリスクについて十分な説明を受け、理解することができました。従って説明内容による治療の実施に同意します。

なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜実施されることについても併せて同意します。

_____年 _____月 _____日

患者様ご本人（自署） _____

またはご家族・代諾者（自署） _____（続柄： _____）

※ 患者様が未成年または同意能力がない場合はご家族（代諾者）のみの署名も可。