

(別紙様式 20)

平成 年 月 日

| | |
|--------------------------------------|--|
| 主治医氏名 | |
| 1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等 | |
| 2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等 | |
| 3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等 | |
| 4. 血漿成分製剤の輸注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） | |

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血漿成分製剤輸注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