

(別紙様式26)

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、現在の疾病的診療に関して、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