輸血に関する説明と同意書

説明者（医師） 　　科

連絡先 ○○病院 TEL：

□ 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とこと。

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）

赤血球製剤　　　約 　　　単位（　　　　単位/月）

血小板製剤　　　約 　　　単位（　　　　単位/月）

新鮮凍結血漿　　約 　　　単位（　　　　単位/月）

　　アルブミン製剤　約　　　　g

（　　　　　　）約

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できないものもあること。また、免疫反応（発熱、蕁麻疹、溶血反応、アナフィラキシー、急性呼吸不全など）をきたす可能性があること。

□ 5. 輸血には、ａ）献血血液による同種血輸血と、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同種血輸血の併用もあり得ること。

□ 6. 献血血液による同種血輸血を受けた場合は、輸血後2～3か月を経過した時点で輸血によるウイルス感染を調べるためにウイルス検査（保険適用あり）を行った方がよいこと。また、輸血による感染疑いの際に検査できるように輸血前の検体を一定期間、院内に保管すること。

□ 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. 副作用や感染症による重い健康被害を受けられた方は国の「医薬品副作用被害救済制度」や「生物由来製品の感染等による被害の救済制度」に申請し認められると医療費などの公的給付を受けられること。

□ 9. 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の投与記録等の情報提供を行うことがあること。

□ 10. 輸血の投与記録は、２０年間保存されること。

下記のどちらかを選んでください。

□　私は、輸血の必要性と副作用の可能性などについて説明を受け十分に理解しましたので、輸血を受けることに同意します。

□　私は輸血を受けることを拒否します。

注）一度、同意された場合でも、いつでも同意撤回することができます。

○○病院長殿 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

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。