

様式1)

輸血拒否と免責に関する証明書

予定手術・治療 _____

説明日 年 月 日

説明者 _____ 科

担当医 _____

担当医 _____

同席医療従事者 _____

千葉県循環器病センター病院長殿

私は、私の健康と適切な治療のため、以下の種類の血液製剤を以下のように輸血する可能性や必要性があることについて説明を受けました。（血液製剤の種類、投薬量等具体的に記入）

しかしながら、私は、信仰上の理由に基づき、私の生命や健康にどのような危険性や不利益が生じても、輸血を行わないように依頼いたします。

私は、輸血を拒んだことによって生じるいかなる事態に対しても、担当医を含む関係医療従事者及び病院に対して、一切責任を問いません。

なお私が拒む輸血には、全血、赤血球、白血球、血小板、血漿、自己血、術前貯蔵血、術中希釈式、術中回収式、術後回収式、血漿分画製剤（アルブミン、免疫グロブリン、凝固因子製剤、その他 _____）があります。

署名日 年 月 日

本人 _____

代理人（続柄） _____