（様式－１）

輸血に関する説明書

患者：　　様の治療に伴う輸血の実施について次のとおりご説明申し上げます。

１．輸血を必要とする理由：

２．輸血を行わない場合の危険性：

３．輸血に伴う副作用：

４．輸血を行わない場合の治療法の有無（治療法がある場合はその方法）：

５．４の治療法の利点と欠点

年　　月　　日

大阪赤十字病院　　科　医師　　印

　　科　医師　　印

　　科　医師　　印

※コピーして原本はカルテ保存、一部は患者様にお渡しする。