（様式－２－２）

# 輸血謝絶と免責に関する証書（無輸血）

大阪赤十字病院長および患者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の治療を担当してくださる医師および関係者の方々へ

私は、私の治療に当たって、輸血（全血、赤血球、血小板、血漿）を受け入れることができませんので、ここにその旨お知らせします。

ただし、次に掲げるもののうち、〇で囲んだものは受け入れることができます。

・輸血用血液製剤（全血・赤血球・血小板・血漿）
・血漿分画製剤（アルブミン製剤・免疫グロブリン製剤・凝固因子製剤）
・自己血（術前貯血式・希釈式・術中回収式・術後回収）
・薬剤（エリスロポエチン・トロンボポエチン・G-CSF）
・血液体外循環による治療（透析・人工心肺）
・その他（　　）

私は、輸血をしなければ生命に危険がおよぶ場合であっても、輸血を受け入れることはできません。この意思は、私に意識がないか、あるいは判断能力を失った状態になった場合でも変わることはありません。

私は、私が輸血を拒んだことによって生じるかもしれない死亡を含むいかなる損害に対しても、担当医、病院当局ならびに病院職員の方々の責任を問うことはありません。また、輸血を要する事態が、担当医等の過失によってもたらされた場合であっても、同様に一切その責任は問いません。

さらに、この意思は、私の親族や法定代理人に対しても拘束力を有します。

年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（患者との続柄　　）

※※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。