免責証書

鳥取市立病院　病院長　様

　私は治療を受けるにあたって、輸血(全血、赤血球、白血球、血小板、血漿)を受け入れることが出来ませんので、医療に関する継続的委任状を提出し、その旨お知らせいたします。次に挙げるもののうち、チェックしたものは受け入れることができます。

　　☐　アルブミン　　☐　免疫グロブリン　　☐　凝固因子製剤　　☐　その他　　)

（当院では特殊な形態での術中希釈式自己血輸血法や術中回収式自己血輸血法には対応していません。）
血液と無関係の増量剤、および輸血が関係しない治療は受け入れることができます。

　私は、エホバの証人の一人として、私のうちに深く根ざす宗教的信念と価値観に基づき、輸血を受け入れることができないことにより、医療に関する継続的委任状を作成しています。私は、治療にあたってくださる医師の方々が輸血療法が救命のために必要不可欠であると判断される場合のあることを理解しておりますが、そのような場合であっても私は輸血を受け入れることができません。
　これらは、医師から輸血治療および無輸血治療それぞれの有効性や危険性の説明を受けた上で、慎重に考慮した事柄です。治療中に思いがけない大出血を生じた場合でも、私の信念は変わりません。

　私は、輸血以外の十分な治療が施されたにもかかわらず、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その他のいかなる損害に対しても医師、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。仮に医療事故があって治療中に思いがけない大出血を生じた場合でも同様です。私以外の親族に対しては、私の意思を尊重してくれた方々を免責することを強く希望します。

　私の判断能力が低下、あるいはない場合、医療に関する継続的委任状に記載してある代理人に医療的同意等の権限を委譲します。私の意向を十分に承知していますので、代理人の判断は私の判断と考えてください。

日付:_____年_____月_____日

本人署名:_____

本人署名困難な場合、未成年の場合、家族、代理人等の署名:_____
本人との続柄(　　)

_____さま

当院の方針に従って絶対的無輸血で治療を行います。輸血以外の治療を尽くして、輸血以外に救命の方法がない場合であっても、本人の拒否する輸血や血液製剤使用を行いません。

担当医:_____日付:_____年_____月_____日

同席看護師:_____日付:_____年_____月_____日

麻酔科医:_____日付:_____年_____月_____日(手術で担当する場合)

(完成した免責証書は複写して、写しを患者さんに渡す。原本はスキャナ取り込み)