

輸血に対する同意書

- 私は、輸血の必要性、副作用などについて、上記の説明をうけ、十分理解しました。治療に必要と考えますので、輸血す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。

平成 年 月 日 本人氏名（署名） _____
代理人氏名（署名） _____
(続柄)