**採血および感染症検査の同意書**

この度、血液・体液が付着した　　　　　　　　に、誤って職員が接触してしまう事故が発生いたしました。普段からこのような事故が起きないように十分に気をつけて参りましたが、誠に残念なことに起こってしまいました。

　職員へのウイルス感染予防のために、血液検査(ウイルス検査)を行わせていただきたいと存じます。

＜検査項目＞

* HBs抗原・・・Ｂ型肝炎ウイルスの検査
* HCV抗体・・・C型肝炎ウイルスの検査
* HIV抗体・・・後天性免疫不全症ウイルスの検査

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上を予定しております。

　　　 　　　　　　　 説明医師

・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・―・

**【以下のどちらかを丸で囲んで、署名をお願いします】**

**○同意します**　 ：上記の説明を受け、採血・検査を受けることに同意します。

**○同意しません** ：上記の説明を受け、採血・検査を受けることに同意しません。

令和 年 月 日

患 者 署 名

　　　　※本人が署名できない場合には、以下に代理人の署名をお願いします。

代理人署名 （続柄： 　 ）

代理人住所

代理人電話（ 　 　 － 　 　　 － 　　　　 ）