

患者向け安全注意ビデオ  
*Never, Ever Shake a Baby*

親による署名フォーム

I. 私/私たちは、「*Never, Ever Shake a Baby (赤ちゃんを絶対に揺さぶらないで)*」を視聴する目的が、乳幼児を揺さぶることの危険性と、揺さぶられ症候群・虐待による頭部外傷 (Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma) について親に認知させることであることを理解しています。私/私たちは、両親共にこのビデオを見るのが重要であることを理解しています。

II. 私/私たちは、乳幼児を揺さぶることの危険性、また揺さぶられ症候群/虐待性頭部外傷の症状に関するビデオを視聴したことを確認します。もう一方の親が不在のため、下のボックスにチェックマークを入れてもう一方の親が不在であることを表明しました。ただし本ビデオで提供されている情報をもう一方の親に伝えるために最善の努力を尽くします。

一方の親が署名できない場合、チェックマークを入れてください

\_\_\_\_\_  
親1の署名                      日付

\_\_\_\_\_  
親2の署名                      日付

\_\_\_\_\_  
親1の氏名 (活字体)

\_\_\_\_\_  
親2の氏名 (活字体)

III. (病院や助産院の名前)は、乳幼児を揺さぶることの危険性と、揺さぶられ症候群/虐待性頭部外傷の症状に関するビデオを視聴するよう私/私たちに要請しました。私/私たちは本ビデオの視聴を拒否します。

\_\_\_\_\_  
親1の署名                      日付

\_\_\_\_\_  
親2の署名                      日付

\_\_\_\_\_  
親1の氏名 (活字体)

\_\_\_\_\_  
親2の氏名 (活字体)