

# 치료 거부

Refusal of Care: Korean

이름 \_\_\_\_\_ 출생일 \_\_\_\_\_

상기 본인은 잠복성 결핵 감염(LTBI)과 결핵(TB) 질환에 대한 설명을 들었습니다.

본인은 다음 사항이 왜 필요한지 이유를 잘 알고 있습니다.

- TB 검사
- LTBI 약물 복용
- 기타 \_\_\_\_\_

본인은 치료 권고를 따를 생각이 없다는 결론을 내렸습니다. 본인은 활동성 결핵에 걸리면 열이 나고 식은땀이 흐르며 감기가 3주 이상 지속되고 기침할 때 피가 나오며 가슴이 아프고 피곤을 느끼고 이유 없는 체중 감소가 발생하는 등의 징후와 증세가 나타난다는 사실을 들어 알고 있습니다. 본인은 활동성 결핵의 징후와 증세가 나타나면 당장 의학적 치료를 받아야 합니다. 본인은 결핵이 타인에게 옮을 수 있는 감염 질환임을 잘 알고 있고, 또한 의학적 치료를 받지 않아서 타인을 발병 또는 감염 위험에 빠뜨릴 경우 법적 조치가 따를 수 있음을 잘 알고 있습니다.

따라서 본인은 상기 권고를 따를 경우 예방할 수도 있었을 결핵의 향후 진행 가능성과 관련한 개인적인 책임을 질 것입니다.

\_\_\_\_\_  
(의뢰인)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(보건국 대표/직책)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(증인/통역자)

\_\_\_\_\_  
(날짜)