造影剤検査に関する説明

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、患者様に対し、造影剤を使用する検査について説明致しました。
もし同意いただけない場合は、お申し出ください。
万一、同意いただけない場合はお申し出ください。プライバシーは厳重に守られ、氏名が出ることは決してございません。

造影剤検査に関する同意書

このたび私は、上記の担当医師より内容説明を受け、かつそれに対して十分な質問の機会を持ち、理解しました。また、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた時には、適宜処置されることについても理解しました。

その結果、検査を受けることに

□同意する

□同意しない　　理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名日　　年　　月　　日

患者名

（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者または、親族・成年後見人等代理人

続柄（　　）（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人財団　明理会　東戸塚記念病院