

造影検査に関する説明

I D : 医療機関名 : _____
患者氏名 : _____ 様 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ありません。

造影剤検査に関する同意書

東戸塚記念病院 病院長殿

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、理解致しました。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致しました。

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 20 年 月 日

患者氏名 (必須)

代筆者 (保護者または、親族・成年後見人等)

続柄 ()