

造影検査同意書

CT 検査 ・ MRI 検査 ・ 血管造影 ・ DIC ・ その他

私は、担当医師から造影検査の目的、危険性について十分な説明をうけ、造影検査に関する説明文を読んだ上で、さまざまな副作用が起こることを理解しました。

診断のための必要性和危険性を考慮した上で、上記造影検査
(年 月 日施行)を受けることに同意します。また、副作用が見られたときは必要な処置を受けることも承諾します。

本人

住所 _____

氏名 _____ ㊞ (自署なら㊞不要)

年 月 日

* 検査を受ける方が未成年や意識障害などのある場合

代理人(自署なら㊞不要)

住所 _____

氏名 _____ ㊞ (自署なら㊞不要)

年 月 日

(患者さんとの続柄:)

説明医師 _____ 科

氏名 _____ ㊞ (自署なら㊞不要)

年 月 日

* 同意された場合でも、いつでも撤回することができます。