

造影剤を用いた検査・治療の同意書

検 査 名

部位・その他

- ☐ 造影CT検査:頭部・顔面・胸部・腹部・軟部組織・血管系・他()
- ☐ 造影MRI検査:頭部・顔面・胸部・腹部・軟部組織・血管系・他()
- ☐ D I C :胆嚢・胆道
- ☐ I P :腎・尿路
- ☐ 血管造影検査:冠動脈・頭部・胸部・腹部・下肢・その他()

方法:_____

- ☐ 脊髄・関節造影:脊髄腔・関節腔()

科

担当医師

私は、現在の疾病の診療に関して説明を受け、その必要性和利点およびそれに伴う副作用等の危険性について十分に理解しました。
上記の実施及びそれに関連して医師が必要と認める検査や処置を受けることに同意いたします。

医療法人柏堤会 戸塚共立第2病院 殿

患者本人署名

親族または代理人署名

患者との続柄

夫妻・父母・親権者・子・兄弟姉妹・その他()

1. 本人の署名がある場合は、代理人の署名は不要です
2. 本人が判断不能な場合は、代理人が署名してください
3. 本人の同意に基づき本人の署名を代筆した場合は、代理者は代理人欄 にも署名し患者との続柄を記入してください(○で囲む)