

CT（ヨード）造影検査同意書

（ミエログラフィーは除く）

埼玉成恵会病院長 殿

このたび、造影剤を用いたCT（ヨード造影検査を含む）検査を受けることについて、その**必要性、内容、造影剤による副作用**について十分な説明を担当医師から受け、了解しましたので実施していただくことに**同意**いたします。なお、検査中に緊急処置を行うことが生じた場合には処置を行うことに同意いたします。患者本人または代理人は同意した後、いかなる場合でも撤回することができます。また、どんな些細なご質問でもお気軽にお申し付けください。

同意書記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人氏名 _____ 患者氏名 _____ 署名 _____

保護者または代理人 _____ 患者代理人 _____ 署名 _____

（注）保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できない場合などにご記入ください

検査予定日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師は同意・確認された項目にチェックをして下さい

- 造影剤を使用することによる検査の有益性
- 造影剤の副作用の可能性
- 問診表
- 自分の意思に従い検査を拒否する選択

説明医師 _____

（主治医の先生の自筆署名をお願い致します）