

造影 CT 検査同意書

南鹿児島さくら病院 病院長殿

- ・使用方法と目的
- ・副作用について
- ・副作用が起きた際の対応
- ・造影剤が血管外に漏れた場合
- ・造影剤の使用に際し注意が必要な方
- ・検査後の注意
- ・造影 CT 検査の承諾撤回について

私は今回の CT 検査における造影剤使用に関して別紙の造影 CT 検査説明書に沿って説明を受け、上記項目を十分に理解した上で造影 CT 検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

氏名(本人)

事情により本人に代わり私が承諾のうえ、署名します。

氏名(代理人)

緊急時の連絡先(氏名・続柄)

(電話)

平成 年 月 日

担当医師氏名