

# 造影剤検査同意書 (地域医療連携室用)

(代理人あり)

私は、別紙の「造影剤検査説明書」に記載された事項について、以下の者から十分な説明を受け、質問する機会を得ました。

説明した年月日：                      年              月              日

説明医 (担当医) : \_\_\_\_\_ ㊞

同席もしくは確認看護師 : \_\_\_\_\_ ㊞

私は、今回の検査を受けることについて、次のとおり意思を表示します。

(以下、をチェックし、署名もしくは記名押印して下さい)

この説明により、予定されている検査について、その必要性や副作用などの危険性について理解できましたので、検査を受けることに同意します。

併せて、実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。

今回の検査を受けることには同意しません。

北見赤十字病院長あて

年              月              日

患者様氏名 : \_\_\_\_\_ ㊞

代理人氏名 : \_\_\_\_\_ ㊞

(患者様との続柄 : \_\_\_\_\_ )

— お読みください —

※患者様の造影剤検査にあたっては、代理人がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、代理人署名をお願いしています。

(代理人の範囲については、原則として、配偶者、父母、子、兄弟姉妹、孫、その他同居家族とします)

※患者様の容態によりご本人の同意を得ることが困難なときは、代理人の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年者の場合は、法定代理人である親権者とします)

説明医 (担当医) へのお願い

- \* 同意を得た日付から1年経過した場合、原則、造影剤検査は行えません。
- \* 同意を得た日付から1年経過した場合は、再度、問診及び「造影剤検査同意書」を取り直して下さい。
- \* 必須項目 (患者様氏名・説明医の署名など) の記載がない場合は、原則、造影剤検査は行えません。
- \* コピーした用紙を患者様にお渡しください。