

造影剤検査同意書 (地域医療連携室用)

(代理人なし)

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) : _____ ⑩

同席もしくは確認看護師 : _____ ⑩

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 : _____ ⑩

説明医 (担当医) へお願い

- * 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。