

処置・検査に関する同意書

ID :
患者氏名 : _____ 様
検査名 : FDG PET/CT 検査
予定日時 :

※ ご説明の内容 (FDG PET/CT 検査説明書添付済み)

- 1. FDG PET/CT 検査について
- 2. 安全性について
- 3. 被ばくについて
- 4. 検査中について
- 5. 付き添いについて
- 6. 検査後について
- 7. PET/CT 検査の限界について
- 8. PET/CT 検査の医学的利用について
- 9. キャンセル等について

以上、今回の処置・検査について上記 (□にチェックした) 項目を説明しました。

担当医師 (主治医) : _____ 立会者 : _____

国際医療福祉大学成田病院長 殿

私は、今回の処置・検査を受けるにあたり担当医師から FDG PET/CT 検査説明書を配付され上記の説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお処置・検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意致します。

年 月 日 午前・午後 時 分

住所 : _____

患者氏名 : _____ 印

同席者または代諾者 : _____ 印 続柄 : _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。