

PET-CT 検査に関する同意書

患者： _____ 様

検査名： PET-CT 検査 _____

予定日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

※ご説明の内容 (PET-CT 検査説明書添付済み)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.PET-CT 検査について | <input type="checkbox"/> 6.検査後について |
| <input type="checkbox"/> 2.安全性について | <input type="checkbox"/> 7.PET-CT 検査の限界について |
| <input type="checkbox"/> 3.被曝について | <input type="checkbox"/> 8.PET-CT 検査の医学的利用について |
| <input type="checkbox"/> 4.検査中について | <input type="checkbox"/> 9.キャンセル等について |
| <input type="checkbox"/> 5.付き添いについて | |

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。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時

担当医師： _____

国際医療福祉大学 成田病院殿

私は、今回の処置・検査を受けるにあたり担当医師から PET-CT 検査説明書を配布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・検査中の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置をうけることについても同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時

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をして下さい。