

# 造影CT検査に関する同意書

※ 本紙は検査当日にご持参いただき、総合受付へご提出ください。

## ご説明の内容

- 1 造影剤を実施できない場合について
- 2 造影剤について
- 3 造影剤を使用することの利点について
- 4 造影剤による副作用に関する危険因子について
- 5 造影剤使用の危険性について
- 6 緊急時の対応について
- 7 糖尿病薬の服用について
- 8 授乳中の方へ

以上、今回の造影剤を用いる検査について上記(□にチェックした)項目を説明しました。

貴院の名称

医師名

国際医療福祉大学病院 病院長殿

私は、今回の造影剤を用いる検査を受けるにあたり、医師から説明書に記載された説明を受け、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性が生じた場合には、適宜その処置をうけることについても同意いたします。

西暦 年 月 日

住所

患者氏名

同席者または  
代諾者

(配偶者・親権者・その他親族)

続柄

(注) 署名は本人がなさってください。ただし未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。