

同意書

藤沢市民病院長 殿

私は、検査説明書に記載されている内容について医師から十分な説明を受け、造影剤検査を受ける必要性と起こりうる合併症・副作用をよく理解し了承いたしました。

造影剤の投与を受けることに同意します。

承諾日： 年 月 日

患者氏名(署名)

保護者または代理人氏名(署名)

(患者との続柄：)

上記患者に対して、造影検査について、その必要性と内容、起こりえる危険性、合併症などについて説明しました。

説明日： 年 月 日

説明医師署名:

血清クレアチニン値： mg/dl(検査日)

*検査の予約が3ヶ月以上後になる場合には、検査で来院していただいた際にCT室で血清クレアチニン値を検査前に計らせていただき、これが異常値を示した場合には、造影剤の注入ができないこともあります。ご承知ください。