

CT ・ MRI 造影剤使用同意書(院外依頼用)

検査日： 年 月 日

メディカルシティ東部病院 病院長 あて

私は、検査に際し造影剤を使用することについて、担当医師から別紙の造影検査説明を受け、造影剤の必要性や副作用に十分理解した上で、これを投与されることに

(同意します / 同意しません)

※同意された場合でも撤回する事ができます。

平成 年 月 日

患者氏名_____

代理人氏名_____ (続柄) _____

説明医_____