

CT・MRI 造影剤使用同意書(院外依頼用)

検査日：20 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。

20 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄) _____

緊急連絡先 氏名 _____ 続柄 _____ (電話： _____)

説明医 _____