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