

# 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 \_\_\_\_\_