

造影剤使用 (CT・MRI等)
同意書 (承諾書)

インプリンターカード スペース75 mm x 55 mm

ID . No.

氏名

生年月日

造影剤使用の必要性、危険性、副作用出現時の対処などについて

患者 様に説明 (別紙書類を含む) いたしました

令和 年 月 日

担当医 (署名)

造影剤を使用した検査に同意 (承諾) される方は以下に署名をお願いします

慈正会 丸山記念総合病院 院長殿

造影剤に関する別紙の説明書の内容や担当医師からの説明を理解し、
造影剤の使用について同意 (承諾) いたします。

令和 年 月 日

患者氏名 (署名)

(未成年の方は保護者様のご署名をお願いいたします)