

診療科 :	(当院にて記入します)
患者番号 :	(当院にて記入します)
カナ :	■ ■ ■ □ □
名前 :	■ ■ ■ □ □
生年月日 :	H〇〇.〇〇.〇〇
性別 :	男性or女性
年齢 :	〇〇歳

造影剤使用の同意書

岩手県立一戸病院

〒028-5312 岩手県二戸郡一戸町一戸字砂森60-1

☎ (0195) 33-3101

1検査に対して1同意書とします

検査日時 : R〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 時 〇〇 分

〈医師記入欄〉

- ① 問診および診察の結果、造影剤使用は【 可能 見合わせる 】
- ② 造影剤使用に関して、別紙『造影剤使用に関する説明書』により説明をした。

医師署名

貴院医師のサイン

- ◆ 検査日までに他の医療機関で同様の検査や手術・処置などを受けた場合は、検査の中止や検査内容を変更することもありますので、必ずご連絡ください。
- ◆ 検査日を1ヶ月過ぎて検査を受けられない場合には、今回の説明と同意書は無効となります。改めて署名を頂くこととなります。
- ◆ 今回の説明でご不明な点がありましたら、いつでもご相談ください。
また医師の説明に対し、ご了解いただけましたら、ご署名をお願いします。
なお、一度同意した後でも造影剤使用に関する同意を取り消すことができます。
その際には、医師または看護師に必ずお申し出ください。

〈患者記入欄〉

造影剤使用に関する説明を受けました。

- 私は納得しましたので、造影剤の使用に同意します。
- 私は造影剤の使用に同意できませんので、今回の造影検査を受けません。

記入年月日 R〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

患者氏名(自署)

■ ■ ■ □ □

保護者または代理人氏名

続柄 ()

⑨ 保護者または代理人欄は、本人が未成年または署名できない場合にご記入ください。

※ 職員へ…同意書を記入後、患者へコピーをお渡しすること