

# CT・MRI 造影検査同意書

患者様氏名： \_\_\_\_\_

(紹介元医療機関記入欄)

私は、造影検査の必要性や副作用に関して、説明を行ないました。

年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

説明医師名： \_\_\_\_\_

(紹介元)

(患者様ご記入欄)

私は、造影検査の必要性や副作用について説明を受け納得しましたので、  
造影検査を受ける事に同意します。

年 月 日

ご本人署名： \_\_\_\_\_

代理人署名： \_\_\_\_\_

(ご本人が署名困難な場合のみ)

(東名厚木病院記入欄)

私は、造影検査の必要性や副作用に関して、説明を行ないました。

年 月 日

医療機関名： 社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院

説明医師名： \_\_\_\_\_

(東名厚木病院)

説明された内容について分からない事がある場合には、ご遠慮なく医師に質問してください。  
いつでも質問をお受けいたします。