

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。

平成 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。

平成 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。

平成 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。