

## PET-CT 検査に関する同意書

患者： \_\_\_\_\_ 様

検査名： **PET-CT 検査**

予定日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

**\* ご説明の内容 (PET-CT 検査説明書添付済み)**

- 1. PET-CT検査について
- 2. 安全性について
- 3. 被曝について
- 4. 検査中について
- 5. 付き添いについて
- 6. 検査後について
- 7. PET-CT検査の限界について
- 8. PET-CT検査の医学的利用について
- 9. キャンセル等について

以上、今回の処置・検査について上記 ( にチェックした) 項目を説明しました。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時

医療機関名： \_\_\_\_\_

担当医師： \_\_\_\_\_ 三田病院 担当医師： \_\_\_\_\_

国際医療福祉大学三田病院長殿

私は、今回の処置・検査を受けるにあたり担当医師から PET-CT 検査説明書を配付され上記の説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお処置・検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時

住所： \_\_\_\_\_

患者氏名： \_\_\_\_\_ 印

同席者または代諾者： \_\_\_\_\_ 印 続柄： \_\_\_\_\_

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。