**医療機関様用 同意書**

|  |
| --- |
| **造影検査同意書****検査名　　　　　□ CT検査　　　　　□ MRI検査**　　　私は担当医師から造影検査の目的、危険性について充分な説明を受け、造影検査に関する　　説明文を読んだ上で、様々な副作用が起こりうることを理解しました。診断のための必要性　　と危険性を考慮した上で、造影検査（　　　　　年　　　月　　　日施行）を受けることに　　同意いたします。また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。**患者様　本人**住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　月　　　日同意年月日 　　　　　年 月 　日※　緊急連絡先　電話番号：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　続柄（　　　）**代理人**※　検査を受ける方が未成年や意識障害などのある場合住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同意年月日 　　　　　年 月 　日**説明医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿****説明医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**年 　　月 　　　日**　**古河赤十字病院長殿** |