

# PET-CT 検査における同意書

神戸市立西神戸医療センター病院長様

私は、PET-CT 検査の方法、内容、注意事項について説明を受け、質問する機会を得ました。

その結果、(どちらかの□にチェックして下さい)

- PET-CT 検査を受けることに同意します
- PET-CT 検査を受けることに同意できません

年 月 日

患者氏名 .....

保護者または代理人氏名 (患者さんが未成年または記入出来ない場合のみ)  
(上記の患者氏名欄に患者さんご本人の氏名もご記入下さい)

.....(続柄).....

私は、PET-CT 検査の患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨の説明を受け、質問する機会を得ました。

- 患者都合のキャンセルの場合は費用徴収がある旨を同意します

年 月 日

患者氏名 .....

保護者または代理人氏名 (患者さんが未成年または記入出来ない場合のみ)  
(上記の患者氏名欄に患者さんご本人の氏名もご記入下さい)

.....(続柄).....

<ご署名いただき、検査当日、必ずご持参下さい>

.....(以下は依頼される医師がご記入下さい).....

依頼施設名 .....

依頼医師氏名 .....