

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・中止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・中止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)

依頼科名

依頼医師氏名