

## 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 .....  
.....

(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 \_\_\_\_\_

(續柄)

**＜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

依賴醫師氏名