

アミロイド PET/CT 検査に関する同意書

病院控

氏名： _____ 様 ID： _____

アミロイド PET/CT 検査について、下記文書を用いて説明しました。

- ① 「アミロイド PET/CT 検査を受けられる方へ」
- ② 「アミロイド PET/CT 検査・注意事項説明書」
- ③ 「アミロイド PET/CT 検査に関する問診票」

上記説明文書の内容に従い、アミロイド PET/CT 検査を施行します。

説明日時： _____ 説明場所： _____

説明者： _____ 印、 _____

この決定に関しては、いつでも撤回・変更することができます。

また担当医以外の医師、あるいは他院の医師にセカンドオピニオンを求めることができます。

上記事項について、担当医より十分な説明を受け、質問する機会を与えられました。

理解し、同意します。 理解しましたが、同意しません。

署名日時：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名（署名）： _____

家族等氏名（署名）： _____ （続柄： _____）

特記事項： _____

上記事項について患者が医師の説明を理解し、治療等を行うことに同意・不同意したことを確認しました。

同意書確認者： _____ （職種：看護師・薬剤師・歯科衛生士）