

## FDG-PET/CT 検査に関する同意書

病院控

氏名： \_\_\_\_\_ 様 ID： \_\_\_\_\_

FDG-PET/CT 検査について、下記文書を用いて説明しました。

- ① 「FDG-PET/CT 検査を受けられる患者様へ」
- ② 「FDG-PET/CT 検査・注意事項説明文書」
- ③ 「FDG-PET/CT 検査に関する問診票」

上記説明文書の内容に従い、FDG-PET/CT 検査を施行します。

説明日時： \_\_\_\_\_ 説明場所： \_\_\_\_\_

説明者（検査依頼医師）： \_\_\_\_\_ 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。

高松赤十字病院 同意書確認者： \_\_\_\_\_ （職種：看護師・薬剤師・歯科衛生士）