

造影剤同意書

納得できたところをチェックして下さい。

- ☐ 造影剤を使用した検査の必要性について、説明により理解しました。
- ☐ 検査の副作用の可能性について、説明により理解しました。
- ☐ 同意は自由であること。いつでも同意を撤回する権利を理解しました。

私は検査における造影剤使用について、十分な説明を受けました。

- ☐ 造影剤の投与を受けることに同意いたします。
- ☐ 造影剤の投与を受けることに同意できません。

平成 年 月 日

患者氏名(署名)

保護者または代理人氏名(署名)

造影検査

可 ・ 不可

主治医氏名