

(ID @PATIENTID)

病院保管用

## CT 検査造影剤使用に関する同意書

私は、患者 @PATIENTNAME 様に対して  
医療行為: 造影剤使用の必要性、危険性、および合併症などについて前項のように説明いたしました。  
問診表等の結果より造影剤の使用を許可します。

ご提示した医療行為の必要性、危険性、合併症、またその医療行為を行わない場合に  
予想される経過をご理解いただけましたでしょうか。

わからないことは説明者にご質問ください。希望があればお伝えください。

ご承諾いただければ、この医療行為を行うことに同意をお願いします。

また、この同意はこの医療行為を行う前であれば、いつでも取り消すことができます。

説明日: @SYSDATES

説明医師 @USERNAME 印

看護師

立会者

私は前項に記載された内容の説明を受け、この医療行為を行うことに同意します。  
またこの医療行為実施上必要な処置および制約についても併せて同意します。  
その他希望があれば申し出ます。

東京北医療センター センター長殿

署名日: 年 月 日

患者署名

家族署名

付添者署名

代筆の理由 : 書字困難 ・ 意識障害 ・ その他

続柄

続柄