

フリガナ

患者氏名

生年月日

性別

_____様

_____年____月____日生

造影MRI検査
同意文書

国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター 院長 殿

私は、造影MRI検査を受けるにあたり下記の医師から説明を受け、その内容を十分に理解しました。
また私はこの検査を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に得ることができました。
以上のもとで、自由な意思に基づき、これらの対応を受けることに同意します。

- ☐ 病名・病態
- ☐ 検査の目的・必要性・有効性
- ☐ 検査の内容と性格および注意事項
- ☐ 検査に伴う危険性
- ☐ 偶発症発生時の対応
- ☐ 代替可能な検査およびそれに伴う危険性
- ☐ 検査を行わなかった場合に予想される経過
- ☐ 患者様の具体的希望
- ☐ 検査の同意撤回
- ☐ 連絡先

〔説明〕

説明年月日： _____年____月____日

説明医師： _____

〔同意〕

同意年月日： _____年____月____日

同意者(本人)： _____

※患者さまに判断能力がない場合にのみ、代諾者が自費署名、もしくは記名押印してください。

(代諾者)： _____ (患者さまとの関係： _____)