

紹介元医療機関の医師にてご記入ください

【実施予定日】 年 月 日

私は、 \_\_\_\_\_ さんの検査について、説明書のとおりご説明いたしました。

説明日 年 月 日

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_ 紹介医師（自署） \_\_\_\_\_

患者さん（代理人）が記入してください

〔PET-CT 検査〕に関する説明と同意

同意書

あて先 岐阜市民病院 病院長 殿

私は、上記の説明を受け理解しましたので、PET-CT 検査を受けること、および検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、適宜処置されることについて

同意します  同意しません  その他（ \_\_\_\_\_ ）

※同意した後でも PET-CT 検査の中止は可能ですので、主治医へお申し出ください。

同意日 年 月 日

患者氏名（自署） \_\_\_\_\_

代理の同意の場合、(※)を記載してください。代理の同意となる事例は次のとおりです。

- ①患者さんが意思を表明できない場合
- ②意思決定能力が無いと医師が認めた場合
- ③患者さんが未成年の場合

代理人氏名（自署）(※) \_\_\_\_\_ 続柄(※) \_\_\_\_\_

代理人住所(※) \_\_\_\_\_ 連絡先(※) \_\_\_\_\_