造影剤使用の同意書

病院名 ： ○△◇病院

カナ ： イチノヘ　タロウ
名前 ： 一戸　太郎
生年月日 ： S57/5/12
性別 ： 男性
年齢 ： 36歳

岩手県立一戸病院
〒028-5312　岩手県二戸郡一戸町一戸字砂森60-1
☎　(0195)33-3101

1検査に対して1同意書とします

検査日 ： H30 年 6 月 5 日 9 時 00 分

医師名 ： 一戸　次郎　　同席看護師 ： 一戸　花子

① 問診の結果、造影剤を 【 ☑ 使用可 □ 使用不可 】 とします。

② 腎機能の確認　eGFR値 150 ml/min/1.73m^2　検査日 H30 / 6 / 1 /
過去3か月以内

→ □ 検査当日までの[illegible]待ちとします。

45ml/min/1.73m^{2}未満は、
当院で造影検査は承れません。

③ 造影剤使用に関して別紙、[illegible]により説明をしました。

④ 検査日までに他の医療機関で同様の検査や手術・処置などを受けた場合は
検査の中止や、検査内容を変更することもありますので、必ずご連絡ください。

⑤ 検査日を1ヶ月過ぎて検査を受けられない場合には、今回の説明書・同意書は
無効となります。改めて署名を頂くこととなりますので、ご連絡ください。

以上

説明でご不明な点がありましたら、いつでもご相談ください。
また医師の説明に対し、ご了解いただけましたら、ご署名をお願いします。
なお、一度同意した後でも、造影剤使用に関する同意を取り消すことができます。
その際には、医師または看護師にお申し出ください。

造影剤使用に関する説明を受けました。

☑ 私は納得しましたので、造影剤の使用に**同意します**。

□ 私は造影剤の使用に同意できませんので、今回の造影検査を**受けません**。

記入年月日　H30 年 6 月 1 日

患者氏名(自署)　一戸　太郎

保護者または代理人氏名　　続柄（　　）

㊟ 保護者または代理人欄は、本人が未成年または署名できない場合にご記入ください。

※ 職員へ…同意書を記入後、患者へコピーをお渡しすること　2017/09/20 改訂