＊この同意書は貴院で保管をお願いします【貴院控】

# PET-CT 検査における同意書

＿＿＿＿＿＿様（貴院）

私は､次のとおり検査説明書に記された事項及びキャンセル等で発生する費用徴収がある旨について、以下の者から、十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

説明日　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

説明医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（貴院医師）

私は、姫路赤十字病院の PET-CT 検査を受けることについて、次のとおりします。

□ 同意します

今回の説明により、予定されている検査及び放射線被ばくについて理解できましたので、検査を受けることに同意します。

**検査前日（土日祝日を除く）の 15 時以降のキャンセルおよびご連絡なしに来院されない場合**
**また予約時間に遅れての来院や注意事項を守られず検査中止となった場合は**
**費用徴収がある旨を同意します。**

□ 同意しません

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者または代理人氏名（患者さんが未成年または記入出来ない場合のみ）
（上記の患者氏名欄に患者さんご本人の氏名もご記入下さい）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【患者控】

# PET-CT 検査における同意書

＿＿＿＿＿＿＿＿様（貴院）

私は､次のとおり検査説明書に記された事項及びキャンセル等で発生する費用徴収がある旨について、以下の者から、十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

説明日　＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

説明医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（貴院医師）

私は、姫路赤十字病院の PET-CT 検査を受けることについて、次のとおりします。

□ 同意します

今回の説明により、予定されている検査及び放射線被ばくについて理解できましたので、検査を受けることに同意します。

**検査前日（土日祝日を除く）の 15 時以降のキャンセルおよびご連絡なしに来院されない場合**
**また予約時間に遅れての来院や注意事項を守られず検査中止となった場合は**
**費用徴収がある旨を同意します。**

□ 同意しません

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者または代理人氏名（患者さんが未成年または記入出来ない場合のみ）
（上記の患者氏名欄に患者さんご本人の氏名もご記入下さい）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿