

# 造影剤使用についての同意書

私は、造影剤を使用する検査について以下の説明を受けました。

- 造影剤を使用する理由
- 造影剤で副作用が出る可能性があること
- 造影剤の副作用には軽症のもの、重症のものがあること
- 造影剤の副作用のほかに、合併症が起こることがあること
- 副作用や合併症にたいする治療が必要になることがあること

私は、以上の説明をうけ、理解しました。そのうえで

- 造影剤使用に同意します
- 造影剤使用に同意しません

注) 造影剤使用についての同意は、あなたの意思で、いつでも撤回できます。

同意を撤回するまでは、今回の同意が有効であるものとみなします。

注) 再度説明を受けたい場合には申し出てください。

同意の日付 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代理人署名 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_

不明な点がありましたら、ご連絡ください。

北海道中央労災病院（担当診療科）  
電話 0126 - 22 - 1300（代表）

（病院控）