

検査・処置同意書

検査・処置名 アミロイド脳 PET-CT 検査

以下のとおり説明しました。（説明した項目の□にレ印をつける）

- ☐ ○ 病名(疑い)
- ☐ ○ 現在の病状
- ☐ ○ 検査の注意事項について
- ☐ ○ 検査のキャンセル・変更について

検査日の3日前（診療日3日前）15時までに依頼元の先生に連絡してください

- ☐ ○ 検査・処置に伴う合併症・後遺症についての説明あるいはパンフレットの提供

【重篤な副作用】アナフィラキシーショック（0.2%）：呼吸困難感や血圧低下、意識障害など
症状が生じた場合にはすぐに適切な処置を行います。状態が悪い場合には
救命救急センターに入院する場合があります。

- ☐ ○ 同意は自由であり、いつでも同意を撤回できること

説明者

醫師

上記の項目内容を理解した上で検査・処置を受けることに同意します。

(説明を受けて納得できた項目の○にレ印をつけてください。)

説明を受けた日 年 月 日

患者様氏名

代理人または同伴者氏名

(患者様との続柄)