

患者番号	1 枚目参照	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

IV. ヨード造影剤を使用しない場合の予後等

病変を発見しにくくなることや、病変の状態がわかりにくくなる場合があります。
もし副作用や合併症が起きても適切な処置を行えるような準備をして、検査を行っています。造影剤について不明な点がある方、造影剤を使用したくない方は、ご遠慮なく申し出てください。

V. 本医療行為を拒否した場合

可能な範囲で最善の医療に努めます。

VI. 同意撤回

医療行為について同意した後でも同意を撤回することができます。ただし、医療行為が開始された後等、同意撤回が医学的にできない場合がありますので、詳細については、説明者（担当医師等）にご相談ください。

なお、同意が撤回された後でも準備等で発生した費用については、医療費に含まれる場合がありますので、ご承知おきください。

VII. その他

- ・ 医療行為に伴う合併症が生じた場合、入院治療を含めて適切な対応を行います。合併症に対する治療の医療費は患者さまのご負担となりますことをご了承ください。
- ・ 医療安全の確保を中心として写真や動画を撮影する場合がありますので、ご了承ください。
また、これらは学会や研究会等において使用する場合がありますが、すべての個人情報とは特定できないように処理されます。

VIII. 質疑応答

患者番号	1 枚目参照	出力日	—
フリガナ 患者氏名		診療科	—
生年月日		課・室	医療連携室
		出力者名	医療連携機関医師

検査名： 胸部 胸部～腹部 胸部～骨盤 腹部 腹部～骨盤 骨盤
 大腸 冠動脈（心臓） その他（ ）

検査日（予定）： 年 月 日

以上、私は、患者 様 の上記医療について説明致しました。

(西暦) 年 月 日

医療機関名：

医師：

北里大学北里研究所病院 病院長 殿

日付： (西暦) 20 年 月 日

私は、上記の説明を受け、質問する機会を得て、内容を理解しました。

私は、医療行為を受けることまた、上記の医療行為を行う上で必要な処置及び、上記の医療行為において予期されない状況が発生した場合には、それに対処する緊急処置を受けることに

同意します 同意しません

本人署名 (※患者本人のみが署名可能)

〈代理人記入欄〉

代理人署名 続柄

代理人現住所

代理人電話番号

〈医療者記入欄〉代諾・代筆理由

- 患者が意思を表明できないため
 患者が正常な判断能力を欠くため
 患者が未成年のため
 患者に同意を求めることが不相当と医学的に判断されるため
 その他 ※理由は必ず記載

理由：

(以下余白)