

⁶⁸Ga-PSMA PET/CT 検査同意書

医療法人社団 金沢先進医学センター長 殿

私は、PET/CT 検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名

住 所

電話番号

※患者が自分で記載できない場合は代理人の署名もお願いします。

代 理 人

(続 柄)

住 所

電話番号

金沢大学附属病院との診療連携を希望されない場合は、
右の□に✓を付けてください。

☐

医療法人社団 金沢先進医学センター長 殿

☐ 本検査は「PSMA 標的療法が前立腺がんの治療に適しているかどうかを判定する補助」として
行います。

*上記適応に該当していることをご確認の上、□に✓を付けてください。

上記患者に対し、PET/CT 検査に対する説明を行い、同意書をいただいたことを確認しました。

令和 年 月 日

依頼元医療機関名

担 当 医