

# 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。

署名日

令和 年 月 日

患者氏名

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をお願いします。

代理人

(続柄 )

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×をお付けください。□

医療法人社団 金沢先進医学センター長 殿

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