# 同　意　書

北海道がんセンター院長殿

患者氏名：（　　）

（患者番号：　　）

今回貴院で医療行為（ 検査など　）を行うにあたり、

医療行為の具体的内容： MRI・CT・PET-CT など

造影剤を用いた検査をすることにつき　その必要性、内容などについて、

＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿ 医師署名欄:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

より十分な説明を受けて、納得致しましたので、実施することに同意致します。

尚、緊急または予想外の処置の必要が生じた場合には、適切な処置が行われることについても同意致します。

**＿＿＿＿年＿＿月＿＿日**

**患者署名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**

----患者ご本人の署名が得られない病態の場合は、代理の同意者署名を必ず記入して下さい

---

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

同意者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者との関係：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

北海道がんセンター