

<病院控え>

社会医療法人 敬愛会 ちばなクリニック PET・RIセンター 御中

PET/CT 検査同意書

主治医より 私の現在の病状、検査の必要性、その内容について説明を受け、
これらのことについて質問する機会も与えられました。

この説明により、私に対して予定されている検査についてよく理解できましたので、
検査が行われることに同意いたします。

また、使用する薬剤が高額であることも理解しましたので、当日私の都合上での
キャンセルをした場合にはキャンセル料をお支払いすることに同意いたします。

年 月 日

ご本人署名

ご家族署名

<患者さん控え>

社会医療法人 敬愛会 ちばなクリニック PET・RIセンター 御中

PET/CT 検査同意書

主治医より 私の現在の病状、検査の必要性、その内容について説明を受け、
これらのことについて質問する機会も与えられました。

この説明により、私に対して予定されている検査についてよく理解できましたので、
検査が行われることに同意いたします。

また、使用する薬剤が高額であることも理解しましたので、当日私の都合上での
キャンセルをした場合にはキャンセル料をお支払いすることに同意いたします。

年 月 日

ご本人署名

ご家族署名