

アミロイド 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、アミロイド PET/CT 検査を受けることに同意します。

患者氏名

署名日

令和 年 月 日

※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)

署名日

令和 年 月 日

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、アミロイド 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
