

大腸CT検査（CTコロノグラフィー）同意書

私は大腸CT検査の内容に関して、担当医師より説明を受け、十分理解しましたので、大腸CT検査を受けることに同意します。

説明事項

- ①検査の目的について
- ②検査内容、合併症について
- ③被ばくについて
- ④注意事項について
- ⑤大腸CT検査の精度について

令和 年 月 日

住所： _____

氏名： _____

生年月日： _____

説明者

施設名： _____

医師名： _____

* ご署名頂いた後、コピーを患者様控えとしてお渡しします。原本は当財団にて保管します。