

核医学検査（SPECT/CT検査）における同意書

ID: カナ：
氏名：

独立行政法人 新潟病院 病院長 殿
国立病院機構

私は、核医学検査（SPECT/CT検査）の内容・注意事項について説明を受け、質問する機会を得ました。

その結果、核医学検査（SPECT/CT検査）を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名

保護者または代理人氏名（患者様が未成年または記入できない場合）

（続柄）

診療科名

説明医師氏名