

# 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

## 患者様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_

## 説明者

施設名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印

\* ご署名頂いた後、コピーを患者様控としてお渡しします。原本は当院にて保管します。

水戸赤十字病院