

患者ID

患者氏名

アミロイドPET検査同意書

鹿児島市立病院長 殿

私は、アミロイドPET検査における別紙内容について説明を受け、説明書を読んだうえで検査を受けることに

同意します

同意しません

検査日 : 年 月 日

同意日 : 年 月 日

同意者(患者本人 自筆)

代筆者

患者本人との関係

連絡先

※希望される方には再確認の目的で検査2日前に連絡いたします
※日中連絡がとれる電話番号(携帯など)をお書きください

2日前連絡の方法

電話で

SMS(ショートメール)で

連絡不要

代諾者

代諾者住所

連絡先

(* 日中連絡がとれる電話番号(携帯など))

検査を受ける人との続柄