

お名前

様

予約日時

○検査当日の手順

検査予約時間の30分前に来院してください。

受付をされた後、RI室(地下)までお越しください。

検査予約票(この用紙)をご提出ください。

○お願い

検査日の変更ならびにキャンセルは下記まで御連絡ください。

成田富里德州会病院 (代表) 0476-93-1001

放射線科 0476-93-1056

予定時間通りに検査を行うように努力しておりますが、緊急検査への対応や個々の検査毎に内容が異なるため、予約時間と実際の検査開始時間がずれることがあります。ご了承ください。

○お食事の制限はありません。

○妊娠中の方は本検査は行えません。

授乳中の方、乳幼児を抱く可能性がある方は担当者にお申し付け下さい。

○放射性薬剤による副作用は少なく、10万人あたり1.6人～2.5人程度の発生頻度(0.0016～0.0025%)です。

上記注意事項を確認し、検査内容に同意します。

同意日: 令和 年 月 日

患者または代理人(続柄) 署名 _____

上記患者様に対して文書において検査について説明しました。

説明日: 令和 年 月 日

_____ 科 担当医 _____