

核医学検査説明書・同意書

() 患者控え 病院控え

患者氏名： _____様

検査日時：20 年 月 日 時 分

撮影日時：20 年 月 日 時 分

※ 検査当日は診察券を持参し、外来受付を済ませてから核医学検査室において下さい。

※ 検査当日の朝の服薬に関しては、受持医の指示に従って下さい。

○ 検査当日の食事制限及び、前処置はありません。

いつものように検査時間までに、お越し下さい。

時間厳守でお願いします。

シンチは完全予約制で、前日までに注射薬の発注を行っています。都合で予約した検査日において
になれない場合は、必ず前日までに御連絡下さい。尚、ご不明な点がございましたら下記までお問
い合わせ下さい。

北関東循環器病院 放射線課 核医学検査室

027 (232) 7111 内線 1131

以上、核医学検査についてご説明いたしました。

20 年 月 日

北関東循環器病院 医師名： _____ ④

検査同意書

北関東循環器病院 院長殿

上記の内容（診断の必要性、偶発症）について医師より説明を受け、検査を受けることに
同意いたします。

20 年 月 日

患者氏名： _____

代理人氏名(続柄)： _____ ()

核医学検査説明書・同意書

() 患者控え 病院控え

患者氏名： _____様

検査日時：20 年 月 日 時 分

撮影日時：20 年 月 日 時 分

※ 検査当日は診察券を持参し、外来受付を済ませてから核医学検査室において下さい。

※ 検査当日の朝の服薬に関しては、受持医の指示に従って下さい。

○ 検査当日の食事制限及び、前処置はありません。

いつものように検査時間までに、お越し下さい。

時間厳守でお願いします。

シンチは完全予約制で、前日までに注射薬の発注を行っています。都合で予約した検査日において
になれない場合は、必ず前日までに御連絡下さい。尚、ご不明な点がございましたら下記までお問
い合わせ下さい。

北関東循環器病院 放射線課 核医学検査室

027 (232) 7111 内線 1131

以上、核医学検査についてご説明いたしました。

20 年 月 日

北関東循環器病院 医師名： _____ ④

検査同意書

北関東循環器病院 院長殿

上記の内容（診断の必要性、偶発症）について医師より説明を受け、検査を受けることに
同意いたします。

20 年 月 日

患者氏名： _____

代理人氏名(続柄)： _____ ()