

同意書

医療法人祥仁会西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター長殿

年 月 日

私は、今回のアミロイドPET検査におけるフルテメタモル（商品名ビザミル）の使用について、検査の目的、必要性、副作用および合併症の頻度その他のリスクについて説明を受けました。

- ・ （ ） フルテメタモル使用に同意いたします。
また、検査中予期しない緊急処置の必要が生じた場合は、適宜処置されることについても同意いたします。

自署

代理人署名

代理人欄は親族の同意が必要な場合及び本人が署名できない場合等にご記入ください。

上記説明しました。

病院名

医師名

印

（自署の場合は印鑑不要）

枠内をご記入いただき、郵送もしくは検査当日にご持参ください。

当センターに来院後再度検査薬や副作用、合併症について説明を行いました。

年 月 日

医療法人祥仁会西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター

医師名

印

（自署の場合は印鑑不要）