

CT 撮影説明同意書

平成 年 月 日

(動物病院名)

殿

私は下記動物が坂田動物病院（新潟県三条市荒町 2-21-16）において CT 撮影を受ける事に同意します。なお、当病院への往復移送および撮影中に獣医学上の立場から緊急の処置を行う必要が生じた場合には、その処置については、担当獣医師に一任いたします。なお、私が代理人である場合は、所有者から同意する権限を与えられていることを確約します。

<撮影を依頼する動物>

呼び名 _____ 種類 _____ 性別（オス・メス）

<依頼人> 代理人の場合、所有者の住所・氏名を必ずご記入下さい。

所有者

住所 _____ 氏名 _____ 印

代理人

住所 _____ 氏名 _____ 印

坂田動物病院 殿

CT 撮影について下記の内容を、 _____ より説明を受け、同意いたしました。

撮影目的

撮影方法

撮影に当たって、全身麻酔が必要となります。また、造影剤が必要となる場合があります。全身麻酔は、静脈内に麻酔薬を注射し、次に気管チューブを挿管し吸入麻酔により維持を行います。その後撮影を始めます。撮影にかかる時間は、麻酔の開始から覚醒までおよそ 1 時間を予定しています。

危険性について

私どもは、日夜安全な麻酔・造影を心がけ、努力しております。しかしながら、全く危険性がないわけではなく、内科的、外科的合併症が起こり、最悪の場合、脳死状態又は死亡する事があります。ただ安全性の高い麻酔薬、造影剤やモニターの開発、麻酔技術の発達により、以前に比べて麻酔・造影はかなり安全になりました。

X 線被爆については、撮影時間そのものは数分ですので危険は最小限です。

移送中の問題

当病院への往復移送中に容態が急変する可能性があります。

撮影データは、獣医学研究への寄与を目的とし公開させていただく事があります。

突発的事態に伴う費用は依頼人様にご負担いただきます。

* なお、私が代理人である場合は、所有者から同意する権限を与えられている事を確約します。

<依頼人> 代理人の場合、所有者の住所・氏名を必ずご記入下さい。

所有者：住所 _____ 氏名 _____ 印

代理人：住所 _____ 氏名 _____ 印

<動物病院>

動物病院名 _____

主治医署名 _____ 印

特記事項 _____