

死亡時画像診断（CT撮影）に関する同意書

1. 亡くなられた方のお名前

_____様

2. 死亡年月日 平成 年 月 日

このたびは本当にご愁傷様でございます。

このたび死の転帰をとられたことについて、その病態をより正確に把握し、死亡に至る経過を究明する助けとするために、死亡後のCT撮影をお勧めさせていただきます。

- ・CT撮影ではご遺体に全く影響はありません。
- ・画像診断の結果はご遺族に説明し、診療記録として管理保管いたします。
- ・画像診断の結果は匿名化に留意して、Ai情報センターのデータベースに登録する場合があります。
- ・検査データは医学研究や学術研究に使用させていただくことがありますが、個人情報として厳重に取り扱われ、名前が識別されることは無く、プライバシーは完全に保護されます。
- ・このCT撮影をお断りになっても、ご遺族に不利益なことは一切ありません。

説明医師 所属 _____ 氏名 _____

旭川赤十字病院 病院長殿

上記の説明を受け、死亡時のCT撮影について

同意します。 同意しません

亡くなられた患者様の氏名 _____

ご遺族の御署名 _____ (自署)

亡くなられた患者様との関係 _____