

조영제 사용 동의서

환자명: 심보랭

생년월일: 1994/11/25

검사명: CT Abdomen

검사일시: 2025-06-26 18:52

본인은 담당의로부터 조영제 사용에 대한 충분한 설명을 듣고 이해하였으며, 조영제 사용에 동의합니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____
