

MRI 検査同意書

社会医療法人 恵佑会札幌病院
院長 久須美 貴哉 殿

私は、この度、磁気共鳴検査(MRI)検査の必要性の説明を受け、血管内に造影剤を注入して行われる場合、放射線検査を受けるに際して、造影剤の必要性とその副作用、副作用が生じた場合の対応および処置の内容に関して担当医より文章ならびに口頭で詳細な説明を受けました。

※ 必ず、有・無のチェックをお願いします

【MRI検査が不可能となる場合】

有 無

- ☐ ☐ 心臓ペースメーカー
- ☐ ☐ 金属製の心臓人工弁
- ☐ ☐ 人工内耳
- ☐ ☐ 脳動脈瘤手術や内視鏡による金属クリップやコイル等
- ☐ ☐ 神経刺激装置等の機器を装着
- ☐ ☐ 磁性体人工骨頭
- ☐ ☐ 磁性体のステントやコイルを挿入後2ヶ月未満の既往
- ☐ ☐ 磁性体歯科用インプラント
- ☐ ☐ 体内金属、外傷による鉄粉(弾丸、鉄片等)
- ☐ ☐ 閉所恐怖症
- ☐ ☐ アートメイク、刺青、タトゥー(火傷の可能性あります)
- ☐ ☐ 妊娠

※ 造影の場合チェックをお願いします

【造影剤禁忌】

有 無

- ☐ ☐ 気管支喘息 又は 小児喘息
- ☐ ☐ 重篤な腎障害
- ☐ ☐ ガドリニウム系造影剤に過敏症
- ☐ ☐ 重篤な肝障害

※必ず有・無どちらかにチェックをお願いいたします。

西暦	年	月	日
患者様氏名 _____ 印			
又は、親権者名 _____ 印			
続柄 _____			

西暦	年	月	日
担当医師名 _____ 印			
立 会 人 _____ 印			
依頼施設名 _____			

※ この用紙は貴院控えとしてご使用ください。
申込用紙と一緒に必ずFAXをして頂きます様宜しくお願いいたします。