

MRI検査同意書

※ この同意書は検査当日に忘れずご持参下さい

様式-4

検査予約日時	20 年 月 日 ()				時	分
患者氏名				検査方法	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤・股関節	
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> その他【 】	

心臓ペースメーカーおよび、電気刺激デバイスを埋め込まれている場合、当院ではMRI検査はできません。
重症不整脈、閉所恐怖症、刺青、義眼、鼓室形成術、人工骨頭及びその他の体内金属のある場合は
検査できないことがあります。また、喘息や花粉症などのアレルギー疾患のある場合の造影検査もご注意ください。
患者の体動がある場合(痛み等により静止状態を保てない場合)は、検査を中止する場合があります。

★検査における不測の事態を避けるため、以下の諸点の確認をお願いします。同意書は検査日に必ず持参して下さい★
※以下の項目に該当しないものでも、体内にあるものや、体外につけているものがある場合、担当技師にご申告下さい。

- ①検査の出来ないもの 全てなし
- ★心臓ペースメーカー・埋込型除細動器・電気刺激装置 なし あり
 - ★鼓室形成術後(人工内耳・人工耳小骨) なし あり
 - ★眼球内金属(磁性体)異物 なし あり

- ②検査できない可能性のあるもの 全てなし
- ☆妊娠中(4か月未満)又はその可能性あり なし あり
 - ☆脳動脈瘤手術(金属製クリップ使用)(施術医の許可が必要) なし あり
 - ☆閉所恐怖症 なし あり
 - ☆イレズミなど(刺青、眉、アイライナー、毛髪スプレー) なし あり
 - ☆経皮吸収貼付剤(ニトログラム・ノルスパンテープ・ニコチネル・ニュープロパッチ・湿布薬等) なし あり

- ③被検者体内の埋め込み金属について 全てなし
(金属が体内にあると身体に危険をおよぼす恐れがあり、画像不良の原因ともなります。場合によっては検査の出来ないことがあります。)
- ☆体内金属 部位:(なし あり
 - ☆手術歴 部位:(なし あり
 - ☆金属異物 部位:(なし あり
- 事故・外傷・戦争によるもの、動注用ポート・VPシャント・置き針・注射針
入歯、歯科用インプラント、義眼、コンタクトレンズ、補聴器
その他具体的に : ()

- ④被検者が以下の状態・症状の場合は、主治医同伴をお願いします。 全てなし
- ☆てんかんの病歴あり なし あり
 - ☆安静のための鎮静が必要 なし あり
 - ☆全身状態が重篤 なし あり
 - ☆重症心疾患 なし あり

- 造影検査の場合記入ください 原則禁忌事項** 全てなし
- ☆腎機能低下 (eGFR : 30未満) *3ヶ月以内のeGFRを記載ください なし あり
 - ☆造影剤禁忌 日付: _____ eGFR: _____ なし あり
 - ☆気管支ぜんそく (現在治療中、または6ヶ月以内症状あれば造影禁忌) なし あり
 - ☆アレルギー性疾患 なし あり

<説明者の署名欄>

私は『MRI検査同意書』の内容を説明し、指示医師は上記の内容で検査を行うことを承諾しました。

20 年 月 日 指示医師: _____ 印

<患者さまの署名欄>

説明者: _____

私は『MRI検査同意書』の内容について理解し、検査を行うことについて同意します。

20 年 月 日 患者氏名: _____

保護者又は代理人氏名: _____ 続柄() _____

署名がない場合
検査を受けていただけません