

# 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