

M R I 検査同意書

【茅ヶ崎市立病院病診連携用】

- 以下の から に該当する方は、M R I 検査を受けることができません。
体内に心臓ペースメーカーがある方。
手術などで、体内に磁性体金属が残っている方。又は、M R I 対応の材質であることが確認できない場合。
(心臓人工弁、脳動脈瘤クリップ、ステント、コイル、人工内耳、鍼灸の針、人工骨頭など)(ステント、コイルの挿入後、3ヶ月未満の場合。)
歯科、事故、戦争などで、体内に磁性体金属が残っている方。又は、材質が確認できない場合。(鉄の破片、歯の矯正ワイヤー、磁石式インプラントなど)
妊娠している方、又は妊娠の可能性のある方。
- M R I 検査を安全に受けていただくために、次の問いにお答えください。
(問診の答えに『はい』があった場合、検査ができない場合もあります。)

手術などで、体内に金属が入っていますか。

はい いいえ

「はい」と答えた方は、どこに、何が入っていますか。

狭いところに入るのが怖い、閉所恐怖症がありますか。

はい いいえ

永久的なイレズミがありますか。(火傷や絵が崩れる可能性あり) はい いいえ

- 正確なM R I 検査を行うために、現在の体重を記入して下さい。

上記の問診をした結果、M R I 検査を行います。

k g

平成 年 月 日

紹介元医療機関名 _____

紹介元医師 _____

M R I 検査の同意書

私はM R I 検査の必要性を理解し、検査に対する問診および説明を受け、検査を受けることを同意いたします。

(日付とご署名をお願いいたします。患者様が未成年や付き添いが必要な方の場合、ご家族や代理の方でも結構です。)

平成 年 月 日 本人のご署名

印

ご家族等、代理の方のご署名

印(続柄: _____)