

MR検査同意書

【茅ヶ崎市立病院病診連携用】

◎ MR検査を安全に受けて頂くために、次の問いにお答え下さい。

★以下に該当する方は、MR検査を受けることができません。

- ある ない
- MR対応でない心臓ペースメーカー
 - 体内埋め込み装置(体内自動除細動器・人工内耳・神経刺激装置)
 - 磁石脱着式義眼
 - MR対応でない脳動脈クリップ
 - 磁石脱着式義眼、持続血糖測定器(グルコースモニタシステム)

★以下に該当する方は、事前に申し出ください。

- ある ない
- 条件付きMR対応の心臓ペースメーカー〔入れた年： 年前〕
 - 手術などで、体内に金属が残っている。〔どこに何が： 〕
 - 補聴器を付けている。〔必ず取り外して、検査を受けて下さい。〕
 - 刺青・タトゥー・アートメイクがある。〔部位： 〕
 - 歯を矯正中・マグネット式インプラントを使用中。カラーコンタクト。〔必ず取り外して、検査を受けて下さい。〕
 - 閉所恐怖症
 - 妊娠もしくはその可能性がある〔第 週〕

◎ 正確なMR検査を行うために、現在の体重を記入して下さい。

	kg
--	----

上記の問診をした結果、MR検査を行います。

以上、説明しました。 令和 年 月 日 紹介元医療機関名

説 明 医 師 印

同席者 同席者無し

MR検査に関する同意書

私はMR検査に関してその必要性和検査に対する問診および説明を受けました。その内容について、

- 理解しました。納得、同意します。
- 理解しましたが、同意しません。
- 理解できませんでした。

令和 年 月 日 本人のご署名

家族または代理人のご署名 (続柄:)

※一旦同意した場合であっても、同意を取り消すことができます。

※当院および他施設でのセカンドオピニオンをご希望の場合には申し出てください。

※患者本人が未成年者や成人であっても判断能力が十分でない場合には、代理人に署名される方が本人欄を代筆ください。