

単純 MRI 検査説明と同意書

生年月日 年 月 日生

ふりがな
氏名

1. MRI 検査の必要性と目的

病気の診断や診断の補助、病態の把握、治療効果の確認、経過観察などが目的です。レントゲン検査や CT 検査では分からないような病変などに対し、放射線を使わずに磁気を利用して病変を描出できます。これにより、他の検査では診断不可能な病気も診断できる利点があります。

2. MRI 安全性について

MRI 室内は強磁場環境での検査のため、金属や磁気製品を持ち込んだ場合、検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります。そのため、室内に入室する際は、身につけている金属類等を外していただきます。また、体内に金属が埋め込まれている場合、挿入された製品及び時期によって検査できないこともあり、確認が必要となります。もし、金属を含んだ製品等を身につけたまま検査を行うと発熱し、変色や火傷する可能性があるのでご注意ください。

その他、胎児に対する安全性が確立されていないため、妊娠の可能性のある方は、検査前にお知らせください。

*上記内容に関する説明を理解し、同意された場合には、下記に本人又は代理人の署名をお願いいたします。
*また、検査に同意した後であっても、検査前であれば同意を撤回することが可能です。

同意書

単純 MRI 検査にあたり、検査の目的、必要性や安全性などを理解した上で、同検査を受けることに同意をします。

記入日 年 月 日

本人氏名

代理人(続柄) ()

*未成年者は親権者、本人が記入不可能な場合は代理人が署名のこと

確認医師