

造影MRI 検査同意書

検査予定日 年 月 日 () 時 分 より

氏名 様

患者ID 性別 年齢 身長(cm)
依頼() 体重(kg)

検査を受けるに際し必ず別紙の注意事項を読み、以下の質問にお答えください。

	いいえ	はい
①心臓ペースメーカー・ICD(植え込み式除細動器)はありますか？		
②手術や事故での体内金属はありますか？		
③薬のアレルギーがありますか？		
④気管支喘息はありますか？		
⑤入れ墨(タトゥー)はありますか？		
⑥(女性のみ)妊娠中または授乳中ですか？		
⑦造影剤の副作用について理解されましたか？	はい・いいえ	

<「はい」とお答えの方>

造影検査で副作用を生じる可能性、又はMRI検査自体で危険が生じる可能性が高いといえます。

↓
副作用等について十分理解されたうえで、担当医と検査の可否を相談してください。

● 腎機能の確認 : 血清クレアチニン値 mg/dL → 規定値を超えた場合 (検査中止 ・ 了承の下施行)

※男性で1.7以上、女性で1.3以上(eGFR30以下)の場合にはリスクが高いため造影検査は行いません

※検査日より原則3ヵ月以内のデータで記載の無い場合には、安全のため造影検査は行いません

- 状態により放射線科医の判断で造影剤を使用しない単純MRI検査としたり、検査を中断・中止する場合があります
- 入院患者様は入院期間中、治療に伴う経過観察のため、医師の判断により複数回MRI検査を行う場合があります

実施日 年 月 日

説明日 年 月 日 説明者 : 医師 ()
: 看護師 ()

説明文書の交付を受けて説明を受けました。実施に必要な処置と、造影MRI検査を受けること、実施中に緊急処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても併せて

同意します (同意された後もいつでも撤回することは可能です)

同意しません (検査しないことによる不利益に関して、主治医・病院に責任を問いません)

記入日: 年 月 日

本人氏名 : ()

親族または代理者氏名 : ()

(本人との関係 : 父母、配偶者、子、兄弟姉妹、保護義務者、法的代理人、その他 _____)