

MRI検査の説明と同意書 <患者控え>

検査予定： 年 月 日 時 分

患者氏名： 様

患者様に説明の際、検査日程が決まっていれば記入をお願いします。

MR I は強い磁石と電磁波を使って、検査を行う為特別な注意が必要です。

<MR I 検査の危険性について>

体内および体外の電子機器はMR I 検査によって破損や誤作動を起こすことがあります
体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査が出来ない事があります
入れ墨やアートメイクは火傷や変色の可能性があります
妊娠初期（14週未満）の方は十分な安全が確認されていないため注意が必要です

<造影剤の危険性について>

重症腎機能障害（透析中も含む）の方には使用できません

造影剤の使用により副作用が出現する事があります

（軽度）吐き気、蕁麻疹、発疹など

500~1000人に1人

（重度）血圧低下、息苦しさ、意識不明

数万人に1人

非常に低い確率で死亡に至った例もあります

数十万人に1人

造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります

<MR I 検査同意書>

私はMR I 検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたのでMR I 検査を受けることに同意します。

【お知らせ】

同意の意思、日付、場所、署名が記載された原本は、松山赤十字病院にて保管いたします。
当説明書兼同意書は、患者控えとなります。
原本(写)が必要な際は、病院職員までお声がけ下さい。

同意しました。

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

連携医療機関様の病院名・担当医師の氏名をご記入をお願いします。

確認日： 年 月 日

（医療機関）

（医師名）

【記載について】

FAXの際、検査予約日が決まっている場合は記入をお願いします。

MRI検査の問診票

FAX時に体重の記入をお願いします。

ID						最新の体重
氏名						kg
検査予定	年	月	日	時	分	

問診票運用の注意事項

問診日より3か月が過ぎた場合、必ず検査当日に変更が無いかを確認し、検査当日確認欄に日付を記入してください

検査当日確認 ()

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。ご不明な点は、医師もしくは看護師にご相談ください。

- 今までにMRI検査を受けたことがありますか いいえ はい
はいと答えた方、MRI検査は造影剤を使用した検査でしたか いいえ はい
- 体内に心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器等ありますか 無 有
- 体内に人工内耳、神経刺激装置等ありますか 無 有
- 脊柱管内リード線、脊髄刺激装置等ありますか 無 有
- 今までに手術や外傷などで体内に金属が入っていますか 無 有
体内金属がある場合具体的に教えてください ()
- 入れ墨、アートメイク、圧可変式V-Pシャント等ありますか 無 有
- 閉所恐怖症はありますか 無 有
- 女性の方で現在妊娠、妊娠の可能性ありますか 無 有

当院で確認をした場合に記入します。

----- 以下の項目は造影MRI検査をされる方のみお答えください -----

- 今までMRI検査で造影剤を使用して、副作用はありましたか 無 有
有と答えた方、どんな副作用でしたか： 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他 ()
- 腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか 無 有 透析中
- 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか 無 有
- アレルギー体質や、アレルギーの病気はありますか 無 有

患者または家族代理人の自署にて記入をお願いします。

記入日： 年 月 日

患者または家族代理人の署名

(続柄：)

上記2~4の問診において「有」にチェックがある場合は、MRI検査は出来ません

上記5~12の問診において「有」にチェックがある場合で、MRI検査及び造影MRI検査を行う場合、必ず注意事項と検査の必要性を説明したうえで () 内にOKと記載してください ()

問診の内容を検討した結果、

必ずチェックをお願いします。

- 単純MRI検査
- 造影MRI検査

問診に有りのチェックがある場合はOKの記載がない場合は検査ができませんご注意ください。

に支障がないものと判断します。

連携医療機関様の病院名・担当医師の氏名記入・確認印をお願いします。

確認日： 年 月 日

(医療機関)

(医師名)

(印)