

MRI検査の説明と同意書

検査予定： 年 月 日 時 分
患者氏名： 様

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。

<MRI検査の危険性について>

体内および体外の電子機器はMRI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

＊＊金属類、精密機器（携帯電話、腕時計、補聴器等）はMRI室へは持ち込めません

持ち込んで故障などが生じた場合の責任は一切負えませんのでご了承ください＊＊

<MRI検査同意書>

必ず記入をお願いします。

私はMRI検査を受けるに当たり、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MRI検査を受けることに同意します。

患者本人の署名をお願いします。

承諾日： 年 月 日

患者氏名 (署名)

親族氏名（続柄） (署名)

未成年又は患者が署名困難な場合には代理人にて署名をお願いします。

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：

(医療機関)

(医師名)

印

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。

MRI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。

〈MRI検査の危険性について〉

体内および体外の電子機器はMRI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

＊＊金属類、精密機器（携帯電話、腕時計、補聴器等）はMRI室へは持ち込めません

持ち込んで故障などが生じた場合の責任は一切負えませんのでご了承ください＊＊

〈MRI検査同意書〉

私はMRI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MRI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ください。

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。

確認日：

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。

（医療機関）

（医師名）

印

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、当日に変更が無いかを
確認し、確認欄に日付と確認者名を記入してください

確認日 () 当日確認者 ()

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お尋ねください。

- 今までにMRI検査を受けたことがありますか 無 有
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 無 有
- 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
- 膀胱留置カテーテルがありますか 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

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5~13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、

- 単純MRI検査
- 造影MRI検査

必ずチェックをお願いします。

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。

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

確認日： 年 月 日

(医療機関)

(医師名)

印