ID

　MRI検査説明書兼同意書

DW01

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査日：　　　年　　　月　　　日

**MRI検査を受ける方へ**

MRIは、強力な磁力線と電波を使って体の内部を診る検査です。横になった状態でベッドが動き、狭いトンネルの中に入りながら撮影を行なっていきます。検査中は大きな音がします。検査時間は、撮影部位によって異なりますが、15分から60分程度です。

＜患者・家族記載欄＞

|  |
| --- |
| 問診：MRI検査をできるだけ安全に実施するため、以下の質問にお答えください |
| １．右記項目の中で該当する項目はありますか？ | □閉所恐怖症（狭く、暗いところにいくと不安が強くなるなど）　□手術や処置により、金属類が体内にある人工内耳・マグネット付き義歯・インプラント・人工関節□心臓ペースメーカー　　□ステント（心臓・腹部・腸　他）□脳動脈瘤クリップ・コイル　□刺青がある□持続血糖測定器でモニター中 |
| ２．現在、妊娠の可能性はありますか？（女性のみ） | □あり　□なし |

　検査室内に持ち込めないもの

・ヘアピン　・ネックレス　・イヤリング　・入れ歯　・指輪　・メガネ　・補聴器　・時計　・携帯電話

・財布　・磁気カード　・磁石　・カイロ　・貼薬　・その他金属類や磁気類　・持続血糖測定器センサー

　※上記のものを持ち込むことによって、磁力線や電波に影響し検査画像が作成できなかったり、物の破損や医療機器の

　　破損、やけどやケガなどにつながるため、持ち込まないようにして下さい。

　その他

・検査中に困ったことや、気分不快など起きた場合には、マイクを通して会話ができますので、遠慮せずにお伝えください。

・検査上、息止めが必要な場合には、技師から指示がありますので、指示に従ってください。

上記の通りご本人（親族または代理人等）に対し、説明しました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　　　　　月 　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　 　㊞

秦野赤十字病院　病院長　殿

　　　　上記内容の説明を受け、承諾しました。また、上記実施時中に医学上の必要性がある場合には、その処置の変更に

　　　　ついても併せて同意しました。

　同意日：　　　　　　年　　　　月　　　日

　　　　患者本人署名：

　　　　親族または代理人署名：

　　　　　　【患者との続柄：配偶者・父母・子・兄弟・その他（　　　　　　　　　　　　　）】

　　　※本人の署名がある場合は、代理人の署名は不要です。本人が署名できない場合には代理人が署名して下さい。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　秦野赤十字病院　　　　2023年3月1日改訂