

MR I 検査同意書 及び チェックリスト

| | | | | | | |
|------|-------------|----|-------|-----------|---|---|
| 検査日 | 年 | 月 | 日 | 午前 / 午後 | 時 | 分 |
| ID | 所属科 | | | 外来・病棟 () | | |
| 氏名 | 歳 | ヶ月 | 男性・女性 | 体重 kg | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | | 年 | 月 | 日 | |

医療事故防止の為、最低限のチェック項目です。項目の未チェックや患者様への未説明があつて事故が発生した場合には依頼医の責任が問われる可能性があります。

チェックリスト・依頼医名・患者名は必ず記載して下さい。

主治医 _____ 印

撮影禁忌についての確認 (体内に金属がある場合は検査が出来ない場合があります)

- ・ペースメーカー、補聴器、体内神経刺激装置、骨成長刺激装置、体内自動除細動器、人工弁、人工関節
- ・人工内耳など電氣的、磁氣的もしくは機械的に動作する体内埋込物、入れ墨、義眼、入れ歯、義手、義足
- ・MRI 非対応の頭蓋内動脈クリップ、塞栓コイル、静脈フィルター、インプラント、経鼻胃管等
- ・その他、手術にて磁性体の体内金属のないこと

造影剤についての確認 (副作用について)

- ・造影剤を使用しながら検査を行なうことがあります。成分に対し過敏症を有する方がいます。(吐き気・嘔吐・じん麻疹・かゆみ・呼吸困難・血圧低下・ショック・意識障害・心停止・遅発性副作用)
- ・慎重投与例として、一般状態が極度に悪い方、喘息、アレルギー、重篤な肝腎障害を有する方がいます。(以前副作用を起こしたことがある方は頻度や重篤度が高くなります。また以前、起らない方でも起こる場合があります。)

| チェック項目 | チェック |
|------------------------|---|
| 体内に金属がありますか | はい いいえ はいの場合 (手術歴・外傷等) |
| 金属物は MRI 対応か確認できますか | はい いいえ |
| 以前に MRI 検査を受けたことがありますか | ある ない |
| 患者様の状態 既往歴 | 歩行 車いす ストレッチャー ない ある (喘息・アレルギー、重篤な肝・腎機能障害、閉所恐怖症) その他 () |
| 感染症 | 無 有 (RPR(未検査)、TPHA(未検査)、HBs 抗原(未検査)、 HCV 抗体(未検査) /) |
| 妊娠またはその疑い | 無 有 |

①MRI 検査の必要性、内容、危険性について、医師から十分な説明を受け了解しました。

②MRI 検査に関する拡大行為が必要であると医師が判断した場合、その行為を受けます。

今回の MRI 検査並びに造影 MRI 検査に 同意します ・ 同意しません

(患者本人が署名できない場合は代理人の方が署名をお願いいたします。)

同意日 年 月 日

患者氏名 (自署)

親族または代理人

続柄 ()