

MRI 検査同意書 及び チェックリスト

秋田厚生医療センター

検査日	平成	年	月	日	AM	:
ID						
氏名	歳 男 ・ 女				体重	kg
生年 月日						
医療機関名						

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。

主治医 _____

チェックリスト・依頼医名・患者名は必ず記載して下さい。

撮影禁忌についての確認

- ・ペースメーカー 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
- ・MRI 非対応の頭蓋内動脈クリップ、インプラント
- ・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

- ・造影剤を使用しながら検査を行なうことがあります。ガドリニウム系禁忌例として、当該成分に対し過敏症を有する方、原則禁忌で慎重投与例として、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あります。

チェック項目	依頼医チェック
体内に金属がありますか	はい いいえ はいの場合 (手術・外傷等 手術歴 ())
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
患者の状態	歩行 車いす ストレッチャー
既往歴	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 ())
MRI 非対応の金属を有するがどうしてもMRI 検査が必要とお考えの際には、診療科内で検討もしくは放射線科医に相談し、かつ十分なインフォームド・コンセントを得た上で施行するようにしてください。	

- 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。

(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。)

患者氏名 (自署)

親族または代理人

続柄 ()