

MRI 検査同意書

聖光ヶ丘病院

病院代表

: 04-7171-2023

I. 目的・方法

MR I (Magnetic Resonance Imaging ; 磁気共鳴画像) 検査とは、X線撮影やCTのようにX線を使うことなく、その代わりに強い磁石と電波を使い体内の状態を断面像として描写する検査です。骨の影響を受けにくく、任意の断面の画像を撮像できることから、より精度の高い画像診断を行うために行います。

II. 危険性

- MRI 検査は磁石を使った検査ですので、体内・体外の異物・金属は様々な影響を受けます。磁場に引っ張られて飛んだり、計器が壊れたり、金属が熱をもつことがあります。患者様自身に火傷などの障害を与える場合があります。
※体内金属の確認は別紙「MRI 検査チェックリスト：体内金属等の確認」欄にご記入いただきます。
- 体内異物がある場合、画像に影響を及ぼし、十分な検査を行うことができない場合があります。
- 刺青 (いれずみ)、アートメイクがある場合、色素の成分の金属粉末が原因で火傷や絵が崩れることがあります。
- 磁性アタッチメント義歯は、歯茎が弱っている場合に MRI 検査により脱落の恐れがあります。また、磁石が磁化されることにより吸着不良となる恐れがあります。

聖光ヶ丘病院 院長 殿

私は、MRI 検査について、検査の目的、危険性について前掲の記載されている各項目について、担当医師より説明を受け、理解した上で検査、治療、処置に同意致します。

担当医師名 : _____

平成 年 月 日 患者名 _____

代理人署名 _____ 続柄【 】

緊急連絡先 / 電話 (1) _____ / _____ 続柄【 】
氏名 (2) _____ / _____ 続柄【 】