

造影MRI I 検査同意書

検査の際は必ず造影 MRI 検査同意書をご持参ください。

1. 今までにMR I 造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
2. 造影MR I 検査を受けたことがある方にお尋ねします。 その時、何か副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 吐き気 その他 ()		
3. アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> じん麻疹 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎		
<input type="checkbox"/> 飲み薬、注射の副作用 ()		
<input type="checkbox"/> 食べ物によるアレルギー ()		
4. ご家族の方で、アレルギー性の病気やアレルギー体質などがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
()		
5. 女性の方に質問です。		
・現在、妊娠中あるいは妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
・現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
6. 体内に金属・磁性体はありますか。(あれば検査が出来ません。)		
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 神経刺激装置		
<input type="checkbox"/> 磁性アタッチメントのある(歯科用)インプラント <input type="checkbox"/> 銃弾の破片、眼科内金属製異物など		
<input type="checkbox"/> その他()		
7. 腎機能の記入をお願いします。(ただし、eGFR<30の方は検査が出来ません。)		
eGFR _____ (mL/min/1.73m ²) (検査日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		

私は担当医師から造影 MRI 検査の目的、危険性について十分な説明を受け、様々な副作用を起りうることを理解しました。診断のための必要性和危険性を考慮した上で、造影 MRI 検査(令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)施行を受けることに同意いたします。また、副作用がみられた時には必要な処置を受けることを承諾いたします。

独立行政法人 国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター 病院長殿

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者署名 _____ ㊟ 自署(フルネーム)または記名押印

※本人が署名不可能の時は、代わりに代理人欄にも必ず署名をお願いいたします。

代理人 _____ ㊟ 自署(フルネーム)または記名押印

患者との続柄： _____

※患者が小児の場合は、親権を有する人が記入してください。

日付 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
病院名 _____
説明医署名 _____