MRI検査の同意書

検査予定日　：　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　時　　　　分

患者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　様

MRIは強い磁石と電磁波を使って検査を行う為特別な注意が必要です。

＜MRI検査の危険性について＞

　体内および体外の電子機器はMRI検査によって破損や誤作動を起こすことがあります。

　体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査が出来ないことがあります。

　入れ墨やアートメイクは火傷や変色の可能性があります。

　妊娠初期（１４週未満）の方は十分な安全が確認されていないため注意が必要です。

＜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　・その他貴金属

　※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、火傷やケガにつながるため、持ち込まないようにしてください。

**＜MRI検査同意書＞**

　私は、MRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け承諾しました。MRI検査を受けることに同意します。

　　承諾日　：　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　患者氏名　（署名）

　　　　　　　（代理人　：　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　）

【担当医確認】―――――――――――――――――――――――――――――――――

　　上記患者に対して、私が検査に関する説明を行い、本文書において同意を確認しました。

　　確認日　：　　　　　　年　　　　月　　　　日

　（医療機関）　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師名）　　　　　　　　　　　　　　　印