

MRI検査に関する説明と同意書

長野市民病院

予定検査

検査日時 年 月 日 時 分

私は、患者 様 の診療に際して、検査の内容、目的、必要理由、副作用、危険性、及び必要な処置につき、別紙「MRI検査に関する説明書」に基づいて説明いたしました。なお、検査当日にあらためて採血をして、腎機能を再確認させて頂くことがあります。また、この同意書に署名した後でも説明内容に関する同意の変更を要望することができます。

なお今回のMRI検査の危険性は

<input type="checkbox"/> ：低いと判断されます。
<input type="checkbox"/> ：高く、原則禁忌と判断されます。 <input type="checkbox"/> ：非常に高く、禁忌と判断されます。 今後の診療に必須のため、合併症に注意しながら検査を進めます。 検査中に具合の悪いことがあったら、遠慮なくお申し出ください。
<input type="checkbox"/> ：検査の必要性と危険性について重ねて説明しました 医師：

なお今回のMRI検査で、造影剤の注射は (行いません・行います)。

造影剤使用に際し、危険性は

<input type="checkbox"/> ：低いと判断されます。 <input type="checkbox"/> ：少しある（慎重投与）と判断されます。 十分に注意をしながら造影検査を施行します。 <input type="checkbox"/> ：予防の点滴を行います。
<input type="checkbox"/> ：高く、原則禁忌と判断されます。 <input type="checkbox"/> ：非常に高く、禁忌と判断されます。 今後の診療に必須のため、必要な準備をした上で造 <input type="checkbox"/> ：予防の点滴を行います。 影検査を行います <input type="checkbox"/> ：予防の内服を行います。
<input type="checkbox"/> ：検査の必要性と危険性について重ねて説明しました 医師：

検査の当日に現在の病状、既往症や腎機能を再確認した結果、造影検査が危険であると判明する場合や、安全に検査を行うために、副作用の予防処置が必要となることがあります。

MRI検査が原則禁忌あるいは禁忌と判明した場合	<input type="checkbox"/> ：検査を中止します
	<input type="checkbox"/> ：今後の診療に必須のため、必要な準備をした上でMRI検査を行います <input type="checkbox"/> ：検査の必要性と危険性について重ねて説明しました 医師：
腎機能が不良であった場合	<input type="checkbox"/> ：単純検査のみ行います <input type="checkbox"/> ：検査を中止します
	<input type="checkbox"/> ：腎性全身線維症の危険性を承知した上で造影検査を行います <input type="checkbox"/> ：検査の必要性と危険性について重ねて説明しました 医師：
アレルギーの予防が必要と判明した場合	<input type="checkbox"/> ：単純検査のみ行います <input type="checkbox"/> ：検査を中止します
	<input type="checkbox"/> ：今後の診療に必須のため、危険性を承知した上で造影検査を行います <input type="checkbox"/> ：検査の必要性と危険性について重ねて説明しました 医師：

年 月 日

説明医師

病院

医院

印

長野市民病院院長様

私は、上記ならびに「MRI検査に関する説明書」に記された内容について、担当医師から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。この説明により、予定されている上記検査について、

：理解した上で、検査の実施に同意いたします。また、実施中に緊急に処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることも承諾いたします。

：理解しましたが、検査の実施に同意いたしません。

年 月 日

患者本人署名

印

親族または代理人署名

印

続柄 ()

- 1: 患者本人の署名がある場合は、代理人の署名は不要です。
- 2: 患者本人が未成年の場合や、承諾能力が医学的に無いと判断される場合は、親族または代理人が署名して下さい（なお患者が未成年の場合でも婚姻をしている場合は、成年と同等とみなします）。
- 3: 患者本人の同意に基づき本人の署名を代筆した場合は、代筆者は代理人欄にも署名・押印し、患者との続柄を記入してください。