

MRI検査 同意書

患者ID _____
患者氏名 _____ 様

<< 該当する番号に○をつけ署名をして、レントゲン室に提出して下さい。 >>

- 1 MRI検査を受けることに、同意します。
- 2 MRI検査を受けることを、拒否します。

<< 1に○をした方に伺います。 >>

- イ 医学的根拠に基づく、造影剤の使用に同意します。
- ロ 造影剤の使用は、拒否します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署 名 _____ (患者との関係)

(代理者の場合は、患者との関係も記入して下さい。)

※ 同意内容について、いつでも撤回することができます。

主治医 記載欄 (下記の項目を確認・説明します。)

(確認事項: 以下の装置が装着されていない事を確認しました。)

- ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 脳動脈瘤クリップ ☐ 体内刺激装置
- ☐ 体内自動除細動 ☐ 人工内耳 ☐ 骨成長刺激装置

(MRI用造影剤の副作用について。)

- ☐ 副作用発生率は、1. 4%程度です。 ☐ 静脈内投与により、血管痛・血栓性静脈炎が現れることがあります。
- ☐ 主な副作用は、吐き気(0. 31%)
おう吐(0. 13%) 熱感(0. 08%)
じんましん(0. 05%)です。 ☐ 重大な副作用として重度なアレルギー反応。
(0. 1%未満) マヒ発作(ごくまれに) !
NSF(腎性・全身性のせんい症)(ごくまれに)
- ☐ 遅発性副作用
検査終了後から数日後に発症する発疹・かゆみ・吐き気・むくみ・めまい・脱力感などの
症状。必要に応じて治療を行います。
帰宅後副作用(上記症状等)がある場合は、受診してください。

副作用について、予見することは困難です。

検査説明日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査日 _____ 月 _____ 日

説明医師 _____ 科

医療機関名 _____

連絡・問い合わせ先

市立秋田総合病院 Tel 018-823-4171

放射線科 内線 3400