

スキャン
病院控

醫師名: _____ 印 _____

〈患者控え〉

スキャン
病院控

検査予約日時: 年 月 日 時 分

患者IDNo. _____ 生年月日 _____

患者氏名: 性別 年齢 歳

❖ MRI は強い磁石と電磁波を使って検査を行うため、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事があります。
- ・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。

< 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納得しましたので MRI 検査を受けることに同意します。

【お知らせ】

同意の意思、日付、場所、署名が記載された原本は、医療法人緑翔会小松病院にて保管いたします。

当説明書兼同意書は、患者控えとなります。

原本(写)が必要な際は、病院職員までお声がけください。