

同意書

氏名： 様 生年月日：

検査名	MRI	20-02
-----	-----	-------

注意事項

- ・「予約時間」の15分前には西淀病院放射線科受付へお越し下さい。
- ・診療所・他院紹介などの場合も含めて、先に西淀病院受付を済ませてからお越しください。
- ・「予約時間」は厳守 でお願いします。

遅刻について

- ・遅刻された場合、後続の予約患者様のご迷惑となるため、当日空きがあれば、午前の最終枠「12-13時」もしくは午後最終枠「16-17時」への時間変更、又は後日診療科にて再予約ということになりますので、ご注意ください。
- ・MRI検査はすべての検査内容で「完全更衣」のもとで行います。更衣他、金属チェックを含め準備時間が必要です。「予約時間＝検査開始時間」ではありませんのでご注意下さい。

時間

- ・検査所定時間は、検査部位・内容などにより異なりますが、おおよそ予約時間+45分～90分を見込んでおいてください。

検査当日の食事について

- ・腹部検査の場合、午前の検査であれば「朝食」絶食、午後の検査であれば「昼食」が絶食となります。絶食の可否や服薬については主治医にご確認ください。

同意された場合でも、いつでも撤回することができます。尚、同意の撤回により患者さんが不利益を被ることはありません。

私は、上記につき説明を受け納得しましたので、上記の検査を受けることに同意します。

記入日： 年 月 日

患者様：
ご署名：

代理人様：
ご署名： (患者様との関係)

医師名： 印 同席者：

同席者無

MR I 檢查問診表

検査日 氏名 様

MR I 検査を安全に受けていただくために、以下の項目について確認させていただきます。

今までに MR I 検査を受けたことはありますか? いいえ はい
→「はい」と答えた方で、身体のどの部分の MR I 検査でしたか? ()
その際 何か問題となつたこと 気になつたことがありますしたらお書きください

II. 下記項目に該当するものはありますか？

- 心臓ペースメーカーを装着している

□ 人工内耳を装着している

※MRI 対応のペースメーカーでも、西淀病院には循環器専門医が常勤していないため、MRI はできません。

□ 冠動脈内ステント術を 4 カ月以内に施行している

□ 神経刺激装置を装着している

□ 眼球内金属粉 + 体内金属破片（弾丸・鉄片など）が職業上または事故等で混入した方

□ 妊娠初期（3 か月以内）

□ 平成元年（1989 年）以前に脳動脈瘤クリップの手術を行った

□ 昭和 50 年（1975 年）以前に人工心臓弁の手術を行った

□ 入れ墨（全身）

□ **該当項目なし**

→上記該当項目がない方にお訊ねします。

*別紙、同意書あります。