

# MRI検査の説明と同意書

検査予定： 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  
刺青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  
※画像検査予約申し込み用紙を再度ご確認ください

## 〈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納得しましたので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) \_\_\_\_\_

親族氏名(続柄) (署名) \_\_\_\_\_

-----  
上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました

確認日： 年 月 日

(医療機関) おおみち整形外科リハビリテーションクリニック (医師氏) 大道 俊文

