

# ( 単純 ・ 造影 ) MRI 検査を受けられる患者さまへ

安全に検査を行うために本同意書の黒枠内の項目を必ず記入して下さい。

※ チェック項目			
MRI 施行歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義眼 (金属製)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	コンタクトレンズ (カラー)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
心臓人工弁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	針治療 (埋込治療中)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
手術クリップ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	はり薬・カイロ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
不整脈	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
人工関節	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他体内金属片	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	《有の場合は具体的にご記入願います》	
入れ墨・眉墨	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
歯列矯正・インプラント	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
入れ歯、差し歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
人工内耳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※ 年 月 日

※患者氏名 \_\_\_\_\_ (代理 \_\_\_\_\_ )

## 《造影検査を受けられる患者さまへ》

今回、あなたが受けられるMRI検査は、診断のために造影剤と言う検査薬を静脈内に注射を行います。この検査はあなたの状態を診断するために是非必要になります。  
この薬剤は多くの患者さん投与されてきており、安全性は確認されていますが、まれにこの検査薬の投与により下記の症状 (副作用) が現れることがあります。

### 【投与中、検査中】

気分不良、吐き気、かゆみ、発疹、どうき、胸苦しさ、頭が重い、熱感、  
などの症状がまれに現れることがあります。

### 【検査後】

上記症状が、検査後数時間から数週間たって現れることがあります。  
検査中又は検査後、院内で現れた症状につきましては、病院のスタッフが迅速に対処します。帰宅後症状が現れた場合については、放置すると症状が重くなる場合がありますので、ただちに来院されるか、できるだけ早く検査を依頼した \_\_\_\_\_ 科までご連絡下さい。

また、造影剤の副作用についてご不明な点がございましたら、医師または看護師にお尋ね下さい。

**検査当日この用紙を必ず持って来て下さい。**