

処置・検査に関する同意書

患者： _____ 様

ID： _____

検査名：**MRI 検査**

予定日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

* ご説明の内容 (MRI 検査についての説明書・MRI 検査に関する問診票添付済み)

- 1. MRI検査についての説明書（別紙1）の内容についての説明
- 2. MRI検査について、検査環境などの説明
- 3. 来院時間についての説明
- 4. 検査のキャンセル時、予約時間に間に合わない時の連絡方法についての説明
- 5. MRI検査に関する問診票（別紙2）の項目に関する説明
- 6. 検査に必要な食事制限について説明
- 7. 検査時に薬剤を（安定剤・ステロイド剤 等）使用される場合の説明

以上、今回の処置・検査について上記（にチェックした）項目を説明しました。

年 月 日

担当医師（主治医）： _____ 立会者： _____

国際医療福祉大学三田病院長殿

私は、今回の処置・検査を受けるにあたり担当医師から MRI 検査についての説明書・MRI 検査に関する問診票を配付され上記の説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお処置・検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

年 月 日 午前・午後 _____ 時

住所： _____

患者氏名： _____ 印

同席者または代諾者： _____ 印 続柄： _____

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名捺印は本人がなさってください。但し、未成年または本人が署名捺印できないときは、その保護者または親族の方が署名捺印してください。