

患者氏名 :  
患者 ID :

## MRI 検査に関する同意書

MRI 検査に同意される場合には、以下の欄にご署名下さい

私は、MRI の目的および危険性について「MRI 検査説明書」を用い十分な説明を受け、理解しました。そのうえで、MRI 検査を受けることに同意します。

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

同意日 : 年 月 日  
患者氏名 : (アルファベット・ブロック体)  
患者署名 :  
住所 :  
代理人等氏名 : (アルファベット・ブロック体)  
代理人等署名 : (続柄 )  
住所 :

MRI 検査を拒否される場合には、次の文章を読み理解したうえで、以下の欄にご署名下さい

私は、MRI 検査の必要性について説明を受けましたが、MRI 検査を受けることを拒否します。そのことによる結果について、担当医・検査担当医・病院の責任を追及しません。

署名日 : 年 月 日  
患者氏名 : (アルファベット・ブロック体)  
患者署名 :  
住所 :  
代理人等氏名 : (アルファベット・ブロック体)  
代理人等署名 : (続柄 )  
住所 :

上記署名者に対して MRI 検査について説明しました。

説明日 : 年 月 日 科 担当医 : 印

上記患者（あるいは代理人等）が本文書において MRI 検査に同意もしくは拒否されたことを確認しました。

確認日 : 年 月 日 科 担当医 : 印

※患者様本人が同意能力のない未成年の場合、または意識障害・病状等により同意・署名が出来ない場合は、上記の代理人等署名欄に保護者、親権者、もしくは未成年後見人、または親族等の方による署名をお願いいたします。