

患者氏名 :
患者 ID :

造影 MRI 検査に関する同意書

造影 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、造影 MRI 検査とその危険性について「造影剤を用いる 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、造影 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。)

また、検査担当医・放射線科医の判断で造影剤使用を中止する場合があることにも同意いたします。

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 :

造影 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、造影 MRI 検査の必要性について説明を受けましたが、造影 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・病院の責任を追究しません。

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造影 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）が本文書において造影 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。