

## 造影 MRI 検査の問診票 (同意書)

1. 今までに造影剤 (注射・点滴) を用いた検査を受けた事がありますか?

ない  ある

あると答えられた方へ: その時に副作用はありましたか?

ない  ある ⇒  くしゃみ  吐き気  嘔吐  かゆみ  発疹

その他 ( )

2. 今までに喘息 (ぜんそく) といわれたことがありますか?

ない  ある

3. 今までに腎臓が悪いといわれたことがありますか?

ない  ある

## 造影 MRI 検査同意書

社会医療法人明和会 中通総合病院 院長殿

私は造影 MRI 検査の必要性と副作用の可能性について説明を受け理解できました  
造影 MRI 検査を受けることに同意します

同意日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者名 \_\_\_\_\_ (印)

親族または代理人 署名 \_\_\_\_\_ (印) (続柄 \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

造影 MRI 検査の必要性や副作用に関して説明を行いました

説明日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医療機関 \_\_\_\_\_ 説明医師 \_\_\_\_\_ (印)