

西京都病院 MRI 検査 同意書

下記に該当する場合、当院では検査不可能です。

○体内金属

ペースメーカー・体内除細動器・植え込み型心電計
脳動脈瘤クリップ・金属製避妊具・神経刺激システム
人工内耳・インスリンポンプ・持続グルコース(血糖)測定器

○妊娠中の方

○入れ墨やタトゥーが入っている方・眉毛などに墨が入っている方

その他の体内金属（ステント、インプラント、手術後体内金属など）
につきましては、MRI 対応か否か御紹介医師様のほうで安全確認を
お願い致します。

他施設で体内金属を入れている場合、その施設に確認をしていただき
ますようお願い致します。

体内金属がある状態で検査を行う場合、診療情報提供書に
その旨の記載をお願い致します。

上記項目を患者様に問診した上で、MRI 検査施行を了承します。

年 月 日

問診を行った医師氏名

上記項目について、医師から問診を受けた上で、MRI 検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者本人もしくは代理人氏名

続柄：

全ての項目に記入後、本用紙を西京都病院までFAXお願い致します。

FAX番号 075-391-6166

ご不明な点がありましたら、下記までお尋ねください。

電話番号 075-381-5166（代表） 放射線科（内線157）