

# 検査チェックリスト・同意書

鳥取医療センター放射線科 御中

氏名 \_\_\_\_\_ 様 検査内容： CT ・ MRI

下記事項を確認しましたのでお知らせします。

(CT) (MRI) 共通	原則禁忌		
<input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性 (MRI は妊娠初期の胎児への安全性は確立していません)	有	・	無
<input type="checkbox"/> 埋め込み型除細動器使用	有	・	無
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー使用	有	・	無
<input type="checkbox"/> 体内電子機器や体内磁石	有	・	無

(MRI)	注意が必要であり、出来ないこともあるもの		
<input type="checkbox"/> 体内埋め込み金属 ※有の場合はその部位（	有	・	無
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症（要相談）	有	・	無
<input type="checkbox"/> 刺青（要同意書）	有	・	無
（鳥取医療センターのMRIは磁場が3.0テスラと強く、ごく稀ではありますが、やけどや変色をきたす場合があることを御承知ください。）			
取り外しや、落とす必要があるもの			
<input type="checkbox"/> 入れ歯・差し歯	有	・	無
<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ	有	・	無
<input type="checkbox"/> マスカラやアイラインなど	有	・	無

【同意書】	
国立病院機構鳥取医療センター病院長 宛	
私は、主治医から十分な説明を受け、予定されている検査及び事項について理解することができました。ここに私は検査の実施に同意いたします。	
R 年 月 日	
本人サイン _____	
又は代理人サイン _____	
説明医療機関名 _____	
医師名 _____	確認日 R 年 月 日