

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★



# MR I 造影検査予約票

患者番号： \_\_\_\_\_

様

あなたの検査内容は、 \_\_\_\_\_ です。  
検査日時は、 \_\_\_\_\_ から の予定です。  
検査当日は、開始予定の15分前( 時 分)までに  
この用紙を1階 外来受付に提出してください。  
※緊急検査等により検査開始時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。

## 1. 検査前のご注意

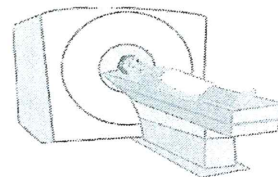
- 磁気を用いる検査ですので、所持品を持ち込まれると破損したり、画像に影響を与えたりします。検査室には以下の持ち込みはできません。 予めおいてください。
  - ・ 磁気カード …… キャッシュカード、クレジットカード、診察券、テレホンカード、JR・地下鉄等のパスカード、その他磁気カード類
  - ・ 精密機器 …… 携帯電話、時計、補聴器 等
  - ・ 金属類 …… 義歯、眼鏡、財布、鍵、ライター、ボールペン、カイロ、ヘアピン、アクセサリ 等
- 検査前には検査着に着替えていただきます。  
また、湿布や禁煙貼り薬、エレキバン等もはずしておいてください。  
ファンデーションやマスカラ、カラーコンタクトなどには鉄分が含まれている場合がありますので、お控えください。
- 妊娠している方または可能性のある方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。

## 2. 食事と排尿について

食事	造影検査	検査開始 <u>3時間前</u> までに済ませてください	
排尿	骨盤検査	泌尿器科	検査の2時間前から排尿を我慢してください
		婦人科	検査直前に排尿してください

## 3. 検査中のお願い

- 検査時間は約30～60分程度です。
- 検査中は体を動かさないでください。
- 検査中にトントンという大きな音がしますが、信号の切り替え時に出る音ですので、ご安心ください。



その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

埼玉石心会病院  
〒350-1305 埼玉県狭山市入間川2-37-20  
TEL：04-2953-6611





## ＜同意書に署名を行う前に＞

私たち医療者は、患者さんが病苦から解放され、健康に暮らせるように日々の診療行為を行っています。しかし一方で、多くの診療行為には一定の危険が伴うのも事実です。この診療行為に関連して副次的に起こった病気や患者さんへの影響を合併症もしくは併発症といいます。この合併症や予期せぬ事態が発生する危険性は様々ですが、重大な場合には死亡することもあり、その後の生活に支障を来し後遺症を残すこともあります。常に細心の注意を払って診療行為を行っていますが、万が一、合併症や予期せぬ危険な事態が発生した場合には、それを乗り越えるために、さらに懸命な治療を行います。

それでも現代の医療技術の限界と人体の複雑性・個別性の問題から、起こりうる危険を完全に避けることは難しい現実があります。予想される主な合併症については事前にご説明しますが、稀な合併症や予測不能な事態について、全てを言い尽くすことは困難です。不幸にして、心身に障害が生じ、それが一般の医療水準と照らして、万が一、過失がある場合には、責任の重大さに応じ誠意をもって対応致します。しかし、過失によらない場合には、通常の診療と同様となり、補償等の対象にはなりません。

こうした診療行為に伴う危険性や問題点を十分にご理解頂いた上で、ご納得された場合に同意する旨の署名を行ってください。

何か疑問がある場合には、担当に何でもご質問ください。また、他の医療機関の意見を聞くこともできますので、ご希望の方はお申し出ください。なお、不同意となった場合や、他の医療機関へのセカンドオピニオンを求められても、今後の診療に何ら支障となることはありません。最後に、私たち医療者一同は、患者さんが一日も早く快復されますことを心から願っております。

# 静注造影剤使用に関する同意書

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 様 性別: \_\_\_\_\_  
生年月日: \_\_\_\_\_ [スキャン⇒患者さん]

標記の検査の実施について、その必要性と内容、起こり得る危険性や合併症などについて別紙の説明文書をお渡しして説明しました。問診や診療の結果、検査が可能かつ有用であると判断しましたので、お受けになることをお勧めします。

あなたが受ける静注造影剤検査は、CT MRI その他 ( \_\_\_\_\_ ) です。

【記入年月日】	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【説明医師名】	_____ [自署] (診療科) _____

医療機関の長 殿

私は、標記の検査に関し、上記説明文書の受領と十分な説明を受け、またそれに対する質問の機会が与えられましたので、実施の内容について理解できました。

私は、今回の検査について、次の通りにします。

同意します

(万が一、今回の治療等において緊急に内容の変更および別の措置を受ける必要が生じた場合、その変更・措置を受けることについても同意します。)

同意しません

【記入年月日】	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
【患者本人氏名】	_____ [自署]
【代諾者 (ご家族等) 氏名】	_____ [自署] (続柄) _____

なお、この同意書に署名した後でも、同意の変更は可能です。その際には、患者さんに不利益が生じることはありません。ご不明な点がございましたら、遠慮なく担当にお申し出ください。