

MRI 造影検査説明・同意書

患者：_____様への「MRI 造影検査」について、目的、内容、危険性などについて説明いたしました。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずね下さい。

1. 説明日： 年 月 日

2. 検査予定日： 年 月 日

3. 説明医師： 同席看護師等：

4. 説明を受けた方

本 人 ：

同 席 者 ： （本人との関係： ）

（代 諾 者 ）： （本人との関係： ）

代諾者は患者本人が未成年または署名できない場合等

浜松医療センター 院長様

私は、「MRI 造影検査」を受けるにあたり、上記の医師からこの医療行為を受けることについて、「MRI 造影検査説明文書（No. 5300301）」にてすべての説明を受けました。その内容を十分に理解しましたので、自由な意志に基づき、この医療行為を受けることに同意します。

- ・ 医療行為の目的・必要性・有効性
- ・ 医療行為の内容と注意事項
- ・ 医療行為の危険性とその発生率

同意年月日： 年 月 日

同 意 者 （ 本 人 ） ：

（代 諾 者 ）： （本人との関係： ）

代諾者は患者本人が未成年または署名できない場合等