

# 造影MRI検査 同意文書

様

年 月 日生

国立国際医療研究センター国府台病院 病院長

私は、造影MRI検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この検査を受けるかどうか検討するにあたり、そのための時間も十分に得ることができました。以上のもとで、自由な意思に基づき、これらの対応を受けることに同意します。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 検査の目的・必要性・有効性
- 検査の内容と性格および注意事項
- 検査に伴う危険性
- 偶発症発生時の対応
- 代替可能な検査およびそれに伴う危険性
- 検査を行わなかった場合に予想される経過
- 患者さんの具体的希望
- 検査（治療）の同意撤回
- 連絡先

（説明）

説明年月日： 年 月 日

説明医： \_\_\_\_\_

（同意）

同意年月日： 年 月 日

同意者（本人）： \_\_\_\_\_

\*患者さんに判断能力がない場合にのみ、代諾者が、自筆署名、もしくは記名押印してください。

（代諾者）： \_\_\_\_\_ （患者さんとの関係： \_\_\_\_\_）