**MRI検査（体内金属及び刺青）承諾書**

**◎MRI検査を予定されている患者様へ**

**以下の対象の患者様は、□に✓のうえ、内容を十分にご理解いただき検査をお受け下さい。**

**□体内金属**の埋め込み及び**貴金属**をされている場合

**➤身体の全身及び一部に貴金属（着脱不可のピアス等）をされている場合以下の**

**危険性があります。**

**・貴金属をいれている患者様は、原則撮影は出来ません。**

**・貴金属には金属が含まれてあり、その金属成分がMRIの強磁場の影響でまれに発熱**

**または、変色をおこす場合があります。**

**・金属成分が発熱すると、低温火傷をひきおこします。また色素成分により貴金属を着**

**けた部分が黒ずんだり、変色する可能性があります。**

**□刺青**および**眉墨等**をいれている場合

**➤身体の全身及び一部に刺青（いれずみ）・眉墨（まゆずみ）をいれている場合**

**以下の危険性があります。**

**・刺青をいれている患者様は、原則撮影は出来ません。**

**・刺青の色素成分には金属が含まれている場合があり、その金属成分がMRIの強磁場**

**の影響でまれに発熱または、変色をおこす場合があります。**

**・金属成分が発熱すると、低温火傷をひきおこします。また色素成分により刺青がはい**

**った部位が黒ずんだり、変色する可能性があります。**

**承諾書**

**上記説明及び医師からの説明を受け、その危険性について十分納得し、治療上**

**MRI検査が必要なことも理解しましたので、この検査の実施を承諾します。**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**患者氏名**

**公立那賀病院　　中央放射線科　（電話）０７３６－７７―２０１９**