

MRI 同意書

私は MRI 検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたので MRI 検査を受けることに同意します。

承諾日： 年 月 日

患者氏名 (署名)

親族氏名 (続柄) (署名)

上記患者に対して。私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました

確認日： 年 月 日

(医療機関)

(医師名)
