ＩＤ　：
患者氏名:
生年月日:
更新日時:

MRCP検査　問診票
（MR胆管膵管撮影）

MRCP 検査を安全に受けて頂くために、以下の質問にお答え下さい。

【 MRCP検査問診票 】

１．過去にMRCP検査（MR胆管膵管撮影）をしたことがありますか？
　　□　ない　　□　ある

２．過去に同じ検査で薬（ボースデル）を内服して副作用が出現したことがありますか？
　　□　ない　　□　ある　（内容：　　）
　　□　ボースデルの内服は今回が初めて

３．ボースデルの成分であるマンガンに対してアレルギーがありますか？
　　□　ない　　□　ある　　□　わからない

４．消化管穿孔（胃や腸に穴が空いている）または、その疑いがあると医師から言われていますか？
　　□　ない　　□　ある

５．アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？
　　□　ない　　□　ある　（内容：　　）

６．次にあげる抗生物質や抗菌剤を服用していますか？
　（テトラサイクリン系経口抗生物質、ニューキノロン系経口抗菌剤、セフジニル）
　　□　ない　　□　ある

７．現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？
　　□　ない　　□　ある

＊＊以上の質問に｀ある'｀わからない'とお答えの方は、MRCP（MR胆管膵管撮影）の他に代りになる検査がない事と、この検査による副作用などの不利益よりも大きいことを主治医に確認して、ご納得いただいた上で検査を受けてください。

ＩＤ　：
カナ氏名:
患者氏名
生年月日

MRCP検査　同意書
（MR胆管膵管撮影）

西宮渡辺病院　院長　殿

私は説明文書に則って、説明を受け、内容を理解しましたので、同検査・治療を受けることに同意します。なお、検査実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には適宜処置されることについて同意します。また、検査画像などを匿名化した上で学会等学術的に使用することや、検査中に医療機器・医療材料のより安全でより適正な使用および操作を図るため、医療機器メーカーおよび業者が立ち会いを行うことにも同意します。

年　　月　　日

患 者 氏 名　　【自署・代筆】

代理人または同席者氏名　　続柄（　　）

代理人住所

※患者氏名欄は患者さまご本人が署名してください。

※患者さまが未成年もしくは署名できない場合はその保護者や親族などの代理人が署名してください。

※代理人が『入院申込誓約書及び身元保証書』における身元保証人さまと異なる場合、代理人住所欄をご記入ください。

私が文書と口頭で十分な説明を行い、納得の上で同意が得られたことを確認いたします。

医師署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【同意書への署名ができない事由】

□ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、後日同意書への署名する予定。

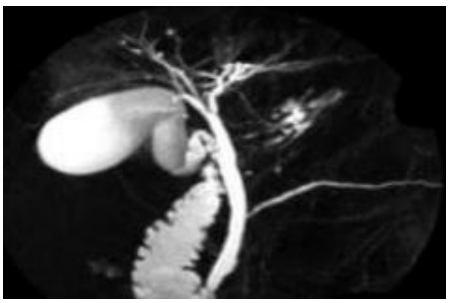
□ 【氏名　　続柄　　】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することができないため、来院時に同意書への署名する予定。

□ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRCP検査説明書（MR胆管膵管撮影）



MRCP検査とは

○MRCP検査は、特に胆のう・胆管・膵管や肝臓・すい臓を撮像するMRIの検査です。検査直前にボースデルという液体（造影剤）を服用していただきます。ボースデルを服用することにより膵管や胆管がはっきりと見えるようになり、病気の状態がより正確に把握できます。

ボースデルを用いたMRCP検査について

○ボースデルは、マンガンを含む容量250mLの無色透明で少し甘味のある液体です。服用後48時間で、ほぼ全てが糞中に排泄されます。

○ボースデルを服用すると、まれに副作用が起こります。主な副作用は、軟便、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、胸やけ、眠気、頭痛などで、基本的に自然に軽快します。このような副作用が起こる確率は、1000人に１人程度（０．１～５％未満）と言われています。
これ以上の重篤な副作用の報告はありません。副作用症状が後日起こった場合、当院までご連絡ください。また主治医にもお伝えください。

○当院では、万が一、副作用や合併症が起きても適切な処置を行えるよう万全の体制を整えております。その場合の処置に関しては通常の保険診療となります。

○テトラサイクリン系経口抗生物質、ニューキノロン系経口抗菌薬、セフジニルを服用している場合は、薬剤の作用が減弱する恐れがあるため、造影検査終了後3時間程度は服用時間を空ける必要があります。

○妊娠中および授乳中の投与に関する安全性は確立していないため、主治医と相談してください。

○授乳はボースデル内服後４８時間避けてください。
（ボースデルは微量ですが、母乳中に排出されます。約48時間後にはほぼなくなります。）

○同意問診票に署名された後でも、同意の撤回・検査の中止はいつでも可能です。

食事・水分・薬について

○食事と水分　：　検査予約時刻の3時間前から、食事および水分摂取をしないでください。
＊過度な脱水にならないように、ご注意ください。
○　薬　　：　常用薬がある場合は、服用するかどうか主治医と相談してください。

社会医療法人渡邊高記念会　西宮渡辺病院　放射線科

TEL　：　0798-74-2630　（PHS：825）

MRI検査説明予約票

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

検査予定日　　（　　）

検査の30分前には放射線科の受付をお済ませ下さい。

＊ペースメーカー・ICDなど体内に埋込後の方は、MRI検査を受けることはできません。

＊ 予約日時に来られないときは、お早めに下記までご連絡ください。
予約時間に遅れますと検査を受けられない場合があります。

＊ 緊急検査等により、予約時間より検査開始時間が遅れる場合がありますが、ご了承ください。

あなたが受ける検査は、絶食が(□ 必要です。□ 必要ありません。)

絶食が必要な方へ

◆ 腹部MRIの方へ
- 検査当日の(□ 朝食 □ 昼食)は取らないで下さい。
- 検査当日は、少量のお水・お茶は飲んで頂いてもかまいません。
- 前日～当日は、アルコールの摂取は避けて下さい。
- 膀胱、子宮、卵巣、前立腺の検査の方は、膀胱内に尿を溜めた状態で検査を行います。
  検査1時間前位からは、排尿を控えて下さい。

◆ 内服薬について

- 糖尿病治療中の方は、絶食中には糖尿病薬（内服薬およびインスリン注射）を使用しないで下さい。
- 医師の指示がなければ、絶食中の内服薬は使用せずに来院し検査後に内服してください。
  （一部内服薬の使用など指示がある場合は、医師の指示に従って下さい。）

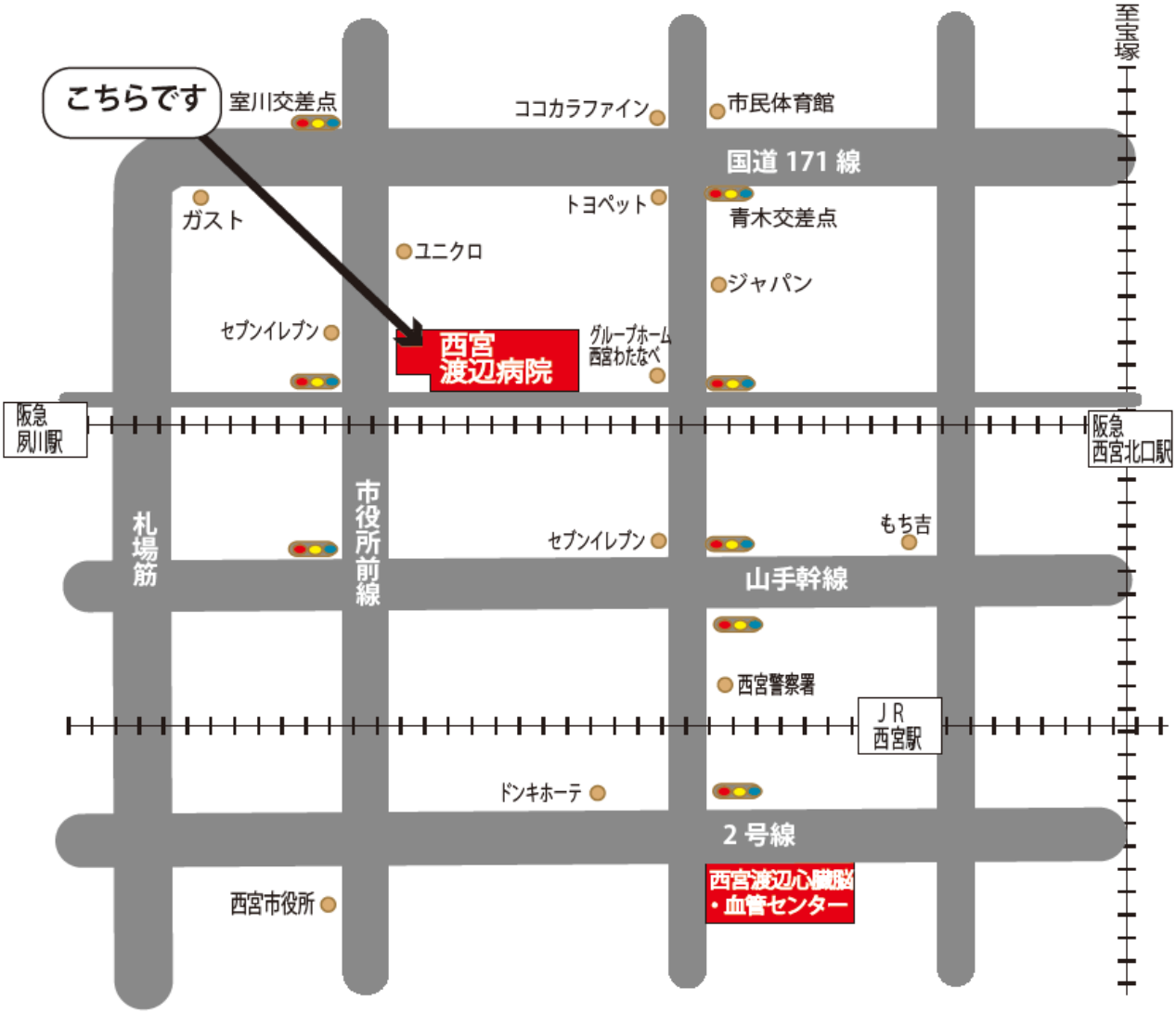
検査前の準備について

- ﾈｯｸﾚｽ・指輪・ﾍｱﾋﾟﾝ・ﾋﾟｱｽなどの金属類・ｼｯﾌﾟ・ｴﾚｷﾊﾞﾝ・ﾆﾄﾛﾀﾞｰﾑ・ｺﾝﾀｸﾄﾚﾝｽﾞ・ｶｲﾛ・補聴器・眼鏡・入れ歯などは外せる準備または外しておいて下さい。
- 化粧品や刺青の中には顔料として金属を含んでいるものもあります。お化粧は落としておいて下さい。検査終了後は、お化粧をしていただいてもかまいません。刺青はご相談下さい。
- 検査室内には、携帯電話や腕時計などの金属類・ｸﾚｼﾞｯﾄｶｰﾄﾞなどの磁気ｶｰﾄﾞは持ち込まないようにして下さい。
- 検査時には、冊目胃部位に関係なく検査衣に着替えて頂きます。
  （検査衣の下はパンツもにの着用となります。）

✓ 当日、体調の悪い方は早めに看護師にお申し出下さい。
✓ その他、分からないことがあればお申し出下さい。
✓ ご予約の変更は早めに連絡下さい。

説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

社会医療法人渡邊高記念会　西宮渡辺病院　　西宮市室川町10-22
TEL　0798（74）2630　　FAX　0798（74）0199



■ JR西宮駅から徒歩15分

■ 阪急西宮北口駅から徒歩20分

■ 阪急夙川駅から徒歩21分

社会医療法人渡邊高記念会　西宮渡辺病院
西宮市室川町10-22
TEL　0798（74）2630　　FAX　0798（74）0199

ＩＤ：＿＿＿＿＿＿＿＿
カナ氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿
患者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日:＿＿＿＿＿＿＿＿

単純MRI　検査問診票

身長　　cm　体重　　kg

MRI検査を安全に受けて頂くために、以下の質問にお答え下さい。

1．これまでにMRI検査を受けたことがありますか？
（　　）いいえ　（　　）はい

2．これまでに手術を受けたことがありますか？
（　　）いいえ　（　　）はい →　どのような手術ですか？（　　）

3．ペースメーカー・ICD(植込み型除細動器)・CRT-D(両室ペーシング機能付き植込み型除細動器)・CRT-P(心臓再同期ペースメーカー)を植え込んでいますか？
（　　）いいえ　（　　）はい　（ペースメーカー・ICD・CRT-D・CRT-P）

4．体内に金属がはいっていますか？あれば該当するもの全てにチェックをつけて下さい。
（　　）いいえ　（　　）はい
□ 人工心臓弁　□ 人工関節・骨頭　□ 人工内耳
□ 歯科治療装具(インプラント・義歯など) □ 義眼
□ ステント(大動脈・冠動脈)　□ 動脈瘤クリップ　□ 内視鏡止血術後のクリップ
□ その他の体内金属・異物（どのような　　）
上記項目に該当する方へ、MRI対応金属ですか。（　はい　いいえ　）
分からない方は、手術を受けた病院・主治医にMRI検査を受けても良いかご確認下さい。

5．狭いところが苦手(閉所恐怖症)ですか？
（　　）いいえ　（　　）はい

6．次の病気にかかったことがありますか？該当する病気全てに○をつけて下さい。
（　　）いいえ　（　　）はい
（　緑内障・心筋梗塞・狭心症・前立腺肥大・糖尿病・腎臓病　）

7．女性の方へ　現在妊娠しているまたはその可能性がありますか？または不妊治療中でしょうか？
（　　）いいえ　（　　）はい

安全に検査を行う為に下記のことをご了承下さい。

- 検査室に入る前には、眼鏡、時計、アクセサリー、ブラジャー、シップ、カイロ、補聴器、入れ歯、エレキバン、かつら、ニトロダーム、コンタクトレンズなどは全て外して頂きます。
- マスカラ・アイシャドーなどは種類によってはやけどの恐れがあります。検査前には、お化粧を落として頂くこともあります。必要に応じてお化粧直しをご用意下さい。

依頼医記入欄(以下の項目を確認して下さい)

□ 全ての体内金属・機器について起こりうる危険を説明し承諾を得て、MRI検査可能であることを確認した。

＿＿年＿＿月＿＿日　患者の署名＿＿＿＿＿＿＿＿　確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿

【同意書への署名ができない事由】

□ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、後日同意書への署名する予定。
□ 【氏名　　続柄　　】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することができないため、来院時に同意書への署名する予定。
□ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿