

《市立吹田市民病院 スーパー病診》 MRCP 検査説明書（MR 胆管膵管撮影）

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。

当日の持ち物・服装・検査について

- 検査当日は予約時刻の20分前に2階総合受付の①紹介状窓口へお越しください。
- MRCP 検査に関する同意問診書、体内金属問診票を持参してください。
- 検査の所用時間は約30分です。当日の進行状況により、開始時刻が遅れることがあります。
- 検査中は大きな音がする、身体を動かさない、息を止めるなどの制約があります。
- 保温性衣類(ヒートテックなど)・消臭系衣類、金属製の装飾品、入れ歯、補聴器、貼付薬、コンタクトレンズ(カラーコンタクトに限らず)などは検査前に更衣もしくは外していただきます。
- 化粧品(まつ毛エクステも含む)、制汗剤・デオドラント(Ag+など)、UVケア用品、粉末状やスプレー状の増毛剤や白髪染め(ヘアファンデーション)などを検査当日は使用しないでください。

MRCP 検査の注意事項について

- MRCP 検査は、主に胆嚢・胆管・膵管や肝臓・膵臓を撮像する検査です。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。ボースデルを使用することにより膵管や胆管がはっきりと見えようになり、病気の状態がより正確に把握できます。ボースデルは、マンガンを含む容量250mlの無色透明で少し甘みのある液体です。服用後48時間で、ほぼ全てが糞中に排泄されます。
- 次の場合はボースデルを使用できません。
 - ・過去にボースデルを服用して、アレルギー症状が出たことがある方
※成分であるマンガンに対してアレルギーのある方も使用できません。
 - ・消化管穿孔又はその疑いのある方
※造影剤がお腹の中に漏れ、腹膜炎等の重篤な症状を引き起こす可能性があります。
- 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)といわれています。これ以上の重篤な副作用の報告はありません。副作用症状が後日に起こった場合、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剤、セフジニルを服用している場合は、薬剤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。)
- 同意問診書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。

予約日時に検査を受けられなくなった場合は、下記へご連絡ください。

市立吹田市民病院 患者支援センター 地域医療連携部門

TEL 06-6387-3311 (代表)

当日必要書類

《市立吹田市民病院 スーパー病診》
MRI 検査体内金属問診票

この用紙は検査当日に持参してください。

安全な検査を行うため、以下の項目について確認をお願いします。

「あり」の項目があれば必ず主治医(施行した病院)に MRI 検査が可能かどうか確認してください。
体内金属について未確認および未説明の場合は、検査をお受けいただけない場合があります。

①	心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器(ICD) ※遺残したリード線などの残存部品も含む	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ★当院での埋込み患者さまのみ対応可能です。
②	脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※検査が可能であることを確認の上、ご依頼下さい。
③	人工内耳、神経・脊髄刺激装置	<input type="checkbox"/> なし	★ありの場合対応不可
④	血管ステント、コイル、人工血管、人工弁、フィルタ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※検査が可能であることを確認の上、ご依頼下さい。
⑤	脳室シャント(圧可変バルブシャント)など	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※検査が可能であることを確認の上、ご依頼下さい。
⑥	内視鏡の消化管クリップ(当院のクリップは可能) ※1年を経過していれば排出されたとみなし検査可能	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※当院で施行または、施行から1年以上経過しているか確認の上、ご依頼ください。
⑦	歯列矯正具、磁石式歯科インプラント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※検査が可能であることを確認の上、ご依頼下さい。
⑧	人工関節やワイヤー・ピンなどの骨固定具 ※形や材質によって熱感、火傷のリスクがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※紹介元担当医よりリスクの説明を受け、了承の上、ご依頼下さい。
⑨	避妊リング、子宮内避妊具	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※検査が可能であることを確認の上、ご依頼下さい。
⑩	外傷や職種(金属加工業など)による金属片の体内残存 ※画像不良や熱感等で検査を中止する場合がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※安全性を確認の上、ご依頼下さい。
⑪	刺青・タトゥー、アートメイク、まつ毛エクステ ※変色、熱感、火傷のリスクがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※紹介元担当医よりリスクの説明を受け、了承の上、ご依頼下さい。
	増毛パウダーや白髪染め目的の(ヘアファンデーション) ※装置故障の原因になる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※検査当日はつけずに来院してください。
⑫	その他の体内金属() ※埋込み型ポート・胃管チューブ類の金属部品、 導尿カテーテルの磁石式キャップなども含む	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ※検査が可能であることを確認の上、ご依頼下さい。

●記入日:20 年 月 日 紹介元担当医(署名):

●上記の問診内容に間違いはないことを確認した上で、検査を受けることに同意します。

本人署名: (代筆の場合は続柄:)

○閉所恐怖症の方は検査が受けられない場合もあります。

○妊娠13週までは原則検査ができません。

検査当日までに上記内容に変更がありましたら、下記へご連絡ください。

市立吹田市民病院 患者支援センター 地域医療連携部門

TEL 06-6387-3311 (代表)

当日必要書類

《市立吹田市民病院 スーパー病診》
MRCP 検査同意問診書

市立吹田市民病院 病院長 殿

年 月 日

紹介元担当医（署名）：

別紙説明書にて説明を受けました。その内容について

理解した上で同意します。

同意しません。

（必ずどちらかにチェックをしてください）

【MRCP 検査問診】

過去に同じ検査（ボースデルを内服）をして副作用が出現したことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容:) <input type="checkbox"/> ボースデルの内服は今回が初めて
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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> わからない
消化管穿孔(胃や腸に穴が空いている)又は、その疑いがあると医師から言われていますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(内容:)
次に挙げる抗生物質や抗菌薬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)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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)の他に代わりになる検査がない事と、この検査で得られる利益が、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。

記

実施する検査・処置内容など：MRCP 検査

同意した日 20 年 月 日

【患者署名】

氏 名：

【親族または代理人の署名（患者本人が署名できない場合、患者氏名も記入）】

氏 名：

続柄（ ）

患者氏名：