

放射線科 行

年 月 日

FAX072-941-4666

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。
FAX送信後、患者さまにこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日必ずお持ちになるようお伝えください。

MRI検査依頼申込書(診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	() -
生年月日	年 月 日	受診歴	有 (ID) ・ 無
貴医療機関名		電話番号	() -
貴院医師名	印	FAX番号	() -

下記の項目の□に✓または必要事項をご記入ください。

検査 部位	☐ 単純	☐ 頭部 ☐ 頭部(MRAあり) ☐ 頸部 ☐ 頸部(MRAあり)
	☐ 造影	☐ 腹部 ☐ MRCP ☐ 骨盤部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 股関節(□R・□L) ☐ 大腿(□R・□L) ☐ 膝関節(□R・□L) ☐ 下腿(□R・□L) ☐ 足部(□R・□L) ☐ 肩(□R・□L) ☐ その他()

MRI検査の予約時、安全チェックの記入も必ずお願いします。

検査日	年 月 日 午前・午後 時 分
検査目的	

医療法人 貴島会

貴島病院本院

〒581-0853 八尾市楽音寺3丁目33

TEL072(941)1499(代) FAX072(941)4666

MRI (MRCP) 検査予約票

様の検査日時は

です。

注意事項

- ・ この検査は磁石の力を利用して体の断面を撮影します。CT などと違い放射線被ばくありません。
- ・ 検査当日は予約時間の 30 分前に、受付を済ませて緑ファイルを黄色のポストに入れてください。
- ・ 検査時間は約 40～60 分程度かかります。都合により検査時間が変更になる場合があります。
- ・ 検査中は体が動かないようにベルトで固定します。正確な画像を得るためにできるだけ体を動かさないでください。検査が始まると「ガーガー、コンコン」と大きな音がしますが心配いりませんので安心してゆったりとした気分で行ってください。
- ・ 大きな音が気になる方は耳栓をご用意しておりますので申し出てください。
- ・ 検査着に着替えていただく事もありますので、更衣しやすい服装でお越しください。
- ・ 気分が悪くなったなどの異変を感じたらお渡しする緊急スイッチを握ってください。

・ 次に該当する方は必ず主治医又は係員に申し出てください。

- 1) 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)をご使用されている方
- 2) 人工内耳などの体内電子機器をご使用されている方
- 3) 脳内動脈瘤手術による金属クリップやコイル等のある方
- 4) 金属製の心臓人工弁(1970 年以前)のある方
- 5) 可動型義眼(磁石式)、磁石部分が脱着不能な義歯(入れ歯)ご使用されている方
- 6) 今までに手術をして体内に金属がある方(コイル、ステント、プレートなど)
- 7) 体内に外傷などによる金属物(弾丸や鉄片等)のある方
- 8) 現在、妊娠中または妊娠の可能性のある方
- 9) 検査中じっとできない方
- 10) 増毛パウダー、ネイルアート、化粧品(ラメ入りなど)、制汗剤・デオドラント(Ag+など)、UV ケア用品などは当日使用しないでください。

・ **所持品はすべて更衣室のロッカーに入れ、MRI 室内には何も持ち込まないでください。**

持ち込むと、磁気及びデータの消失や機械・機器の故障につながります。

- 1) 磁気カード(クレジットカード、キャッシュカード、テレホンカードなど)
- 2) 金属製品(ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ブレスレット、時計、めがね、指輪、小銭、鍵、ライターなど)
- 3) その他(補聴器、**入れ歯**、かつら、金属の付いた下着、カイロ、湿布、エレキバン、コルセット、義手、義足、カラーコンタクトレンズ、まつ毛エクステなど)

※貼り薬(ニコチネル、ニトロダームなど)は磁力により電流が流れ発熱するため外してください。

※ヒートテック(吸湿発熱線維)類は汗を吸収し発熱のおそれがあるため着用しないでください。

ここに記載したものは一例です。ご不明な点などがあれば検査前に係員へおたずねください。

MRI 検査安全チェックリスト

お名前		性別		生年 月 日			
記入者				身長	cm	体重	kg

番号	項目	チェック
1	心臓ペースメーカー	☐ 有 ☐ 無
2	植え込み型除細動器(ICD)	☐ 有 ☐ 無
3	人工内耳などの体内電子機器	☐ 有 ☐ 無
4	脳内動脈クリップ・コイル	☐ 有 ☐ 無
5	金属製の心臓人工弁(1970 年以前)	☐ 有 ☐ 無
6	可動型義眼(磁石式)、磁石部分が脱着不能な義歯(入れ歯)	☐ 有 ☐ 無
7	体内に外傷などによる金属物(弾丸や鉄片等)	☐ 有 ☐ 無
8	安静臥床不可	☐ 有 ☐ 無

※ 1～8 に該当する場合は検査出来ません。

番号	項目	チェック
9	閉所恐怖症	☐ 有 ☐ 無
10	プレート・ステント・クリップなど(手術等による体内金属)	☐ 有 ☐ 無
11	人工骨頭及び人工関節	☐ 有 ☐ 無
12	歯科矯正器具(矯正をしている方)、歯科インプラント	☐ 有 ☐ 無
13	妊娠中または妊娠の可能性	☐ 有 ☐ 無
14	刺青、タトゥー、アートメイク	☐ 有 ☐ 無
15	貼り薬(ニコチネル、ニトロダームなど)	☐ 有 ☐ 無
16	増毛パウダー、カラーコンタクトレンズ、化粧品(ラメ入りなど)	☐ 有 ☐ 無
17	かつら、ウィッグ、マグネットネイル、ジェルネイル	☐ 有 ☐ 無

※ 9～14 に該当する場合は、検査を中止することもあります。

※ 15～17 は発熱または火傷、装置の故障の原因にもなり取り外した状態で検査します。

※上記 1～17 以外の金属、電子機器、人工物などがあればご記入ください。

〔病院記入欄〕

確認日：_____

確認医：_____

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 5 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少量の水分(お茶、水)をお取りください。
- ・ 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 30 分前に受付を済ませて緑ファイルを黄色のポストに入れてください。
- ・ MRCP 検査に関する同意問診書、MRI 検査安全チェックリストを持参してください。
- ・ 検査の所用時間は約 30～60 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)、金属製の装飾品、入れ歯、補聴器、貼付薬、カラーコンタクトレンズなどは検査前に更衣もしくは外した状態で検査を行います。
- ・ 化粧品(ラメ入りなど)、まつ毛エクステ、つけまつ毛、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。
- ・ 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、母乳中に排出され約 48 時間後にはほぼなくなります。

医療機関名: _____

説明医師: _____ ㊞(自署なら㊞不要)

MRCP 検査同意問診書

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？	☐ ない ☐ ある(内容：_____) ☐ 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？	☐ ない ☐ ある ☐ 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？	☐ ない ☐ 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？	☐ ない ☐ 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)	☐ ない ☐ ある
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。

同意書

私は、別紙説明書にて MRCP 検査の説明を受けました。その内容について理解した上で同意します。

_____年_____月_____日

本人

住所：_____

氏名：_____⑩(自署なら⑩不要)

※検査を受ける方が未成年や意識障害などがある場合は下記の記入を必ずお願いします。

代理人

住所：_____

氏名：_____⑩(自署なら⑩不要)

患者さまとの続柄：_____

※同意をいただいた後でも検査開始前までは、いつでも撤回することができます。