患者ID ：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

地域連携用　MRCP

**MRCP及び経口消化管造影剤（ボースデルⓇ）**

**使用検査に関する問診票**

|  |  |
| --- | --- |
| MRCP検査オーダー入力項目 | 内　　容　　　（該当項目に☑を入れて下さい） |
| ・不整脈デバイス | □ なし　　　□ ペースメーカ、CRT-P　　　□ ICD、CRT-D  　当院は、施設基準を満たしていないため、条件付きMRI対応ﾃﾞﾊﾞｲｽであっても検査不可 |
| ・MRI検査実施問診票  　　　　　　　　検査同意書の確認 | □依頼医師の責任において安全性確認  　　※別紙、MRI検査実施問診票で安全性を確認して下さい。 |
| ・すべての造影剤副作用歴 | □ なし □ あり |
| ・MRI用経口消化管造影剤使用歴 | □ なし □ あり □ 不明 |
| ・MRI用経口消化管造影剤の  　　　　　　　　　　投与禁忌項目 | □ なし  　□ 消化管穿孔又は疑いあり  　□ MRI用経口消化管造影の成分に対し、過敏症の既往あり |
| ・MRI用経口消化管造影剤と  　　　　　　　併用注意薬剤の服用 | □ なし  　□ セフジニル  　□ 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  　※上記薬剤の作用が減弱するおそれがあるので  　　　　　　　　　　　造影終了後3時間程度服用時間をあけて下さい。 |
| ・身長、体重 | 身長　　　　　　　　㎝　　　体重　　　　　　　　㎏ |

患者ID ：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

地域連携用　MRCP

**MRI検査実施問診票及び検査同意書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

**・MRI検査について**

MRI（Magnetic Resonance Imaging：磁気共鳴画像診断装置）検査は、強力な磁石でできた機械の中に入り、磁力

と電波を利用して身体の断面や血管を撮影する検査です。安全にMRI検査を行うためには、体内金属、手術歴等の確認

が必要です。検査時間は、検査内容により３０分から６０分です。検査にあたり問診票の記入をお願いし、患者さんの

状態を確認させていただきます。

**・検査基本項目**

○過去のMRI検査歴はありますか。　　 □あり（検査日　　　　年　　　　月）　　　 □なし　　 □不明

○３０分～６０分程度安静にして、同じ姿勢は可能ですか。　　　□はい　 　□いいえ

**○**狭い場所は大丈夫ですか。　　　　　 □はい 　 □いいえ

|  |
| --- |
| **・検査不可　項目** |
| 項　　目 | チェック | 「あり」の場合の対応方法 | |
| 心臓植込み型ペースメーカ・除細動器・神経刺激装置・脳深部刺激装置・植込み型心電用データレコーダ（MRI対応含） | □あり  □なし | 当院では、条件付MRI対応デバイスであっても  　　　　　　　施設基準を満たしていないため、**検査不可** | |
| 磁石式人工肛門・金属製・可動性の義眼・チタン  製以外の脳動脈クリップ・頭蓋骨固定  ・美容整形等で顔面に金糸等の埋め込み  ・乳房再建エキスパンダー・カプセル内視鏡  ・スワンガンツカテーテル・体内リード線 | □あり  □なし | 材質に関係なく**検査不可** | |
| 人工内耳・中耳 | □あり  □なし | 当院では、MRI対応製品であっても、  　　耳鼻咽喉科医師の立ち合いができないため、**検査不可** | |
| **・条件付き検査可能** |
| 項　　目 | チェック | 「あり」の場合の対応方法 | |
| 冠動脈、大動脈、四肢血管ステント  （留置した日　 　　年　 　　月） | □あり □なし | MRI対応で、留置後8週間経過で検査可  （品名及び添付文章で撮像条件の確認可能な場合は除く） | |
| 膵管・胆管・大腸ステント、  脳動脈・頸動脈クリップ、ステント | □あり □なし | MRI対応の場合は、検査可能 | |
| 心臓人工弁 | □あり □なし | Star-Edwer600番以前（1970年以前）**検査不可** | |
| 消化器（胃、大腸）のクリップ  （MRI対応含む） | □あり □なし | 留置後1か月以内は原則不可  （MRI対応品で、使用クリップの確認可能な場合除く） | |
| 体内埋め込み式インスリンポンプ・持続血糖測定器(ｾﾝｻｰを含む） | □あり □なし | 内分泌内科に確認必要　　測定器、ｾﾝｻｰの取外し必要　　　　　　　　　　**MRI室での対応不可** | |
| 圧可変式シャントバルブ留置  （V-Pシャント等） | □あり □なし | 脳神経外科医師による、確認必要  脳神経外科医師による、検査後の設定圧の確認が必要 | |
| 皮下埋め込み型ポート（CVポート等） | □あり □なし | 当院での埋め込みポートは、検査可能  埋め込み施設等に確認必要 | |
| 条件付き検査項目　続き |  | 「あり」の場合の対応方法 | |
| インプラント（磁石式の入れ歯） | □あり □なし | 取外し後、検査可能 | |
| 緑内障フィルトレーションデバイス  （ｱﾙｺﾝ™、ｴｸｽﾌﾟﾚｽ™） | □あり □なし | デバイス挿入後、2週間は、検査不可 | |
| 入れ墨、タトゥー（検査中、熱感等変化が生じた場合、検査中止） | □あり □なし | 発熱、火傷の恐れあり**危険性の説明と同意必要** | |
| 妊娠の可能性 、妊娠中（妊娠　　　　週 ） | □あり □なし | 診断上の有益性が危険性を上回る場合、検査可能  妊娠4週～12週は、検査を避けることが望ましい | |
| 避妊リング | □あり □なし | MRI対応品の場合、検査可能 | |
| 手術を受け体内に金属製の物体（骨固定用ボルト、人工関節など） | □あり □なし | 検査中、熱感等変化が生じた場合、検査中止 | |
| 手術以外で、体内にある金属製の物体  （仕事やけがに伴う体内残留物など） | □あり □なし | 特に金属片が眼の奥などにないかX-P等で確認 | |
| **・その他の項目** |  | |
| 項　　目 | チェック | 「あり」の場合の対応方法 | |
| 治療用置き針・巻き爪ワイヤー・入れ歯 | □あり □なし | 原則取り外して検査可能 | |
| ストーマ、尿道留置カテーテル | □あり □なし | 接続部が金属のものは取り外せれば検査可能 | |
| カラーコンタクト（ディファイン含）  ピアス、貴金属、補聴器など | □あり □なし | 取り外して検査可能  保管ケース等用意必要 | |
| 増毛パウダー（スーパーミリオンヘアーなど） | □あり □なし | 検査日に塗布がなければ検査可能 | |
| 貼り薬（湿布、経皮吸収ニトログリセリン：ニトロダームⓇ禁煙補助薬：ニコチネルⓇ、経皮吸収型持続性疼痛治療剤：フェントステープ Ⓡなど） | □あり □なし | **検査前に必ず剥がす。**経皮吸収ニトログリセリンは、**火傷の可能性あり**　経皮吸収型持続性疼痛治療剤は、発熱により**薬剤の放出量が増加**し、薬理作用が増強する恐れあり | |
| 衣類等（ヒートテック、ブラジャーなど）金属付下着、遠赤外線、保湿性が高い発熱衣類 | □あり □なし | 脱衣して検査着に更衣し検査実施  画像への影響、発熱の恐れあり | |
| 化粧品（マスカラ・アイライン・アイブロウ・  　　　　　アイシャドウ 等）  ネイルアート（マグネットネール、ジェルネイル） | □あり □なし | **成分に金属が含まれているものがあり、発熱、火傷の可能性**  **あり　化粧は事前に落として、ネイルは除去して検査実施** | |

|  |
| --- |
|  |

　検査前には、施錠のできる更衣室で身に着けていて外せる金属類、体に装着しているもの、貼り薬等はすべて

はずし、検査着に着替えていただきます。検査中は、大きな音が発生します。耳の保護のためにヘッドホンを使用しますが、耳栓が必要な方はお申し出下さい。検査中に体調の変化、局所の熱感等を感じた場合、手元のブザーを使って担当者を呼び出すことができます。ご不明な点がありましたら、依頼医師や検査担当者にご質問下さい。

なお、問診票を記入いただき、検査に同意いただける場合は、下記に署名をお願いします。記入していただ

いた問診票、同意書を確認した上で検査の可否を決めさせていただきます。

説明年月日　: 　　 医療機関名： 説明医師 :

・私は、体内金属などの安全性が確認できた場合、問診票にある対応方法によりMRI検査を受けることに同意します。

同意年月日 : 　　　　　年 　 月　 日

同意者（本人) :

代諾者 氏名 : 　　　　　　　　　　　　　　　　 　 続柄（　　　　　　）

※患者さんが何らかの理由で署名ができない場合は、代諾者が自筆署名し、続柄を記入してください。

　なお、患者様の状態により医師、看護師が問診及び口頭による確認の上、代理署名させていただく場合があります。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

|  |
| --- |
|  |

患者ID ：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

地域連携用　MRCP

**MRCP及び経口消化管造影剤（ボースデルⓇ）**

**使用検査に関する説明書**

●MRCP及びMRCP用経口消化管造影剤使用検査について

　 MRCP（Magnetic Resonance　Cholangio　Pancreatography）とは、MRIにて胆管、膵管、胆嚢を調べる検査です。MRCPでは、胆管、膵管、胆嚢の中にある水分を画像化していきます。この際、同時に消化管内の水分信号も画像化され、これが診断の妨げとなることがあります。この造影剤は、消化管内の水信号を抑制し、胆管、膵管、胆嚢の描出能を向上させます。MRCPは、経口造影剤を使用しないで検査することは可能です。しかし、使用しなかった場合、病変の性状検出ができず診断が困難となることもあります。

●使用造影剤について

　 造影剤は、水の信号を抑制させる作用のあるマンガンを含みます。無色、無臭、わずかに甘い性状で最大250ml服用していただきます。服用された造影剤は、投与後48時間までに投与量の88％が糞中に排出されます。

●検査当日の食事制限・水分摂取などについて

**食事は、検査予定４時間前からの絶食です。だだし、水分摂取(水・白湯のみ)は、検査予定2時間前まで可能です。**

**それ以降の、飲食は禁止です。飲食をされると、予約日に検査ができない場合があります。**

●副作用について

　　造影剤服用により下記の副作用が起こることがあります。発生頻度、症状などは以下のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 重症度 | 症状等 | 発生頻度 |
| 軽い副作用 | 下痢、軟便、腹痛、悪心など | 0.9％（1000人中につき9人） |

　なお、重篤な副作用の報告はありません。副作用は、一過性のものが多く治療を要しません。

●MRCP用経口消化管造影剤を使用できない方、投与に注意が必要な方

　・MRCP用経口消化管造影剤の使用で副作用歴のある方（使用できません）

　・妊娠中、妊娠している可能性のある方（妊娠中の投与に関する安全性が確立していないため)

　・授乳中の方（動物実験で乳汁中へのマンガン移行が認められている）

●MRCP用経口消化管造影剤と飲み合わせに注意する薬剤

　・テトラサイクリン系経口抗生物質（ビブラマイシン、ミノマイシンなど）

　・ニューキノロン系経口抗菌剤（クラビット、バクシダールなど）

・セフジニル（セフゾンカプセルなど）

　上記の薬剤の作用が減弱するおそれがあるので、**造影剤使用後3時間程度あけてから**服用して下さい。

**その他の薬は、通常どおり服用して下さい。**

●検査後の注意点について

　・食事、入浴などの制限はありません。特に医師の指示が無ければ、通常の生活をして下さい。

　・副作用としては、軟便や下痢がほとんどです。その他体調の変化などが現れた場合には、造影剤副作用の可能性もありますので、担当医師までご連絡下さい。

●合併症発症時の対処について

万が一、合併症が発症した場合は、最善の処置を行います。その際の治療は、通常の保険診療となります。

**地域連携**

**MRCP検査を受けられる方へ**

　　検査日時

　　　　　　年　　月　　日　　 時　　 分

※検査日時の30分前までに放射線科受付にお越しくだい**。**

なお、診療科の指示がある場合には、そちらの指示に従って

下さい。また、緊急検査の対応のため、検査開始が予定時間

より遅れることがあります。ご了承下さい。

患者ID ：（当院記入）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

　●検査時間について

　　検査時間は、30分から60分程度です。検査開始前に、おおまかな検査時間をお伝えします。

　●検査当日の食事について

　　　検査予約時刻の**4時間前までに食事をすませて**下さい。

　　　　　　　　　　　また、**水分（水・お湯・お茶）のみ、2時間前まで可能**です。

　※なお、水分制限のある方は、制限の範囲内で摂取して下さい。

　◎食事は、　　　　時　　　　分までに済ませ、

　　　　　　　　　　　　　以後、検査終了まで食事は、とらないで下さい。

◎水分（水・お湯・お茶）のみ　　　　時　　　　　分まで可能

　　　　　　　　　　　　　以後、検査終了まで水分は、とらないで下さい。

●普段飲んでいる薬の服用について

普段飲んでいる薬は、指示がなければいつもどおりに服用して下さい。

ただし、MRCP用経口消化管造影剤には、飲み合わせに注意が必要な薬剤があります。下記の薬剤は、

作用が減弱するおそれがあるので、**検査終了後（造影剤使用後）3時間程度あけてから**服用して下さい。

　　　　・テトラサイクリン系経口抗生物質（ビブラマイシン、ミノマイシンなど）

　　　　・ニューキノロン系経口抗菌剤（クラビット、バクシダールなど）

・セフジニル（セフゾンカプセルなど）

　●その他

　検査前には、施錠のできる更衣室で身に着けていて外せる金属類、体に装着しているもの、貼り薬

等はすべて外し、検査着に着替えていただきます。可能な限り、事前準備をお願いします。

ご不明な点がありましたら、依頼医師や当医師や検査担当者にご質問下さい。