

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 医療法人大植会 葛城病院

〒

放射線科 担当医 殿

電話

FAX

診療科名

医師氏名

印

患者氏名..... 生年月日 (歳)
患者住所.....
電話番号..... 職業

傷病名

紹介目的

MRC P 検査依頼 部位は下記の通り

症状、治療経過および検査結果

現在の処方

検査部位 頭部 () 頸椎 ()
 頸部 () 胸椎 ()
 腹部 () 腰椎 ()
 骨盤部 () 関節 ()
 その他 () 身長 cm 体重 kg

造影剤使用 不要 要 (造影剤使用時別紙申請票の記入もお願いいたします)

※ 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

必要がある場合は画像診断、検査の記録を添付すること。

MRCP造影検査予約票

患者様氏名 _____ 殿

検査日時 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時 分

※検査当日までに必ずお読み下さい。

- 健康保険証は必ずご持参下さい。葛城病院の診察券をお持ちの方はご持参下さい。
- 予定時間の30分前にお越し下さい。(同意書、問診票の確認のため)
- 造影剤は検査直前に250ml 1 飲水してもらいます。
- 緊急検査などにより検査時間が前後する場合がありますがご了承下さい。
- 検査時間は息止めができるかによって変わってくるので約30分～60分です。
- MR Iは非常に動きに弱い検査ですので、検査中身体は動かないようお願いいたします。
- 息止めが大事な検査です。
- 検査当日はなるべく化粧は控えて下さい。

※検査室には検査着に着替え入室して頂きます。

貴重品、金属類はロッカーの中に入れてもらいます。

- その他：補聴器、入れ歯、カラーコンタクトレンズ、増毛パウダー（一部に金属使用）マスク（火傷の症例あるため）、ニトロダームなどは外していただきます。機能性下着（ヒートテックなど）は火傷の恐れがあるため脱いでいただきます。

次に該当する方は、必ず主治医、検査担当に申し出て下さい。

- 閉所恐怖症の方
- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方（当院では撮影を行っていません）
- 心臓・頭部の手術をされた方
（クリップ、コイル、ステント、ペースメーカー、除細動器、弁置換、人工内耳など）
- 体内に金属の入っている方
（歯科矯正、磁石付きインプラント、金属性避妊具、義眼、鍼治療、金の糸など）
- 入れ墨、アートメイクをされている方
（発熱など異常が認められた場合検査中止させていただきます）
- 大腸内視鏡検査を2週間以内に当院以外で受けられた方
- 造影剤にアレルギー反応を起こした事がある方
（検査直前に申し出された場合、レントゲン撮影による確認や延期させて頂く場合があります）

<検査前の食事について>

- ・検査予約時間の4時間前から絶食
- ・検査予約時間の2時間前から絶飲食

<問診、同意書>

MRCP 造影検査問診票、同意書への記入を依頼元にて済ませ検査当日、葛城病院へご持参ください。
御依頼元医師の問診票へのサインが無ければ、検査が受けることができない場合があります。
ご了承ください。

ご不明な点があれば、下記までご連絡下さい。

葛城病院 放射線科 電話 072-422-9909 (代)

MRCP造影検査問診票

記入年月日：	診療科：	科
検査名： MRCP		
患者氏名：	殿 年齢：	歳 体重： Kg

MRCPでは飲用して頂く造影剤になります。

造影剤によるショック・副作用発生を防止する為、患者様に問診を行なっています。

下の質問について（□はい、□いいえ）のどちらかの□に印をつけてお答えください。

I、消化管穿孔、またはその疑いがありますか？ （ はい いいえ ）

II、水分の摂取を制限されていますか？ （ はい いいえ ）

III、胃・十二指腸、胆のう・胆管、膵臓等の外科的手術を受けた事がありますか？
（ はい いいえ ）

IV、経口抗生物質、経口抗菌剤を服用していますか？ （ はい いいえ ）

V、経口造影剤を使用してMRCP（腹部MRI）検査をされたことがありますか？
（ はい いいえ ）

はい、と答えた方にお聞きします

1、気分が悪くなりましたか？ （ はい いいえ ）

2、その他、体の具合が悪くなりましたか？

（ はい（具体的に） いいえ ）

VI、女性の方にお聞きします。

妊娠または妊娠の可能性がありますが、あるいは授乳中ですか？ （ はい いいえ ）

判定	造影 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NO
	Drサイン

MRCP造影剤説明書 兼 同意書

ID

氏名

殿 医師

検査で詳しい画像情報を得るために、造影剤を使用して検査を行います。
造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬剤同様一定の頻度で、副作用が生じることがあります。
次に書かれていることとお読みの上、検査に同意していただけるようであれば、下記 同意書欄に
自筆で署名し、検査当日までに職員にお渡し下さい。

1、軽い副作用 : 胸やけ

これらの副作用は、0.1%前後の頻度で起こります。

2、重い副作用 : 軟便、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、眠気、頭痛など

これらの副作用は、0.1~5%未満の頻度で起こります。

3、その他の副作用 : 発疹、蕁麻疹

過去にMRCPで経口造影剤を使用して検査し、上記のような副作用が起こった方、
医師に、穿孔がある又は疑うと言われた方は必ず問診票に記入の上、主治医に申し出て
下さい。

※ 問診の内容により検査を中止する場合がありますがご了承下さい。

- ★造影検査では絶食が必要です。検査予約時間前4時間以上あけてください。
- ★脱水予防のため、180mlまでの飲水は検査直前まで可能です。
- ★予約票の造影剤使用の検査についてもお読み下さい。

造影剤の検査の必要性、危険性（副作用）をよく理解していただき別紙の問診票に記入し
下記の同意書に自筆で署名して下さい。 内容に不明な点があればご質問下さい。

同意書

MRI造影検査を依頼するにあたり、その必要性及び発現する可能性のある副作用、状況による方法の
変更などについて説明を聞き十分に納得、了承しましたので、実施していただく事ことを同意します。

同意日 年 月 日

本人 または 代理人署名