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 ＭＲＣＰ造影　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（　　）　□ 頚椎（　　） □ 頚部（　　）　□ 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　（造影剤使用時は別紙問診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

検査を受けられる方へ

※検査当日までに必ずお読み下さい。

- 検査当日は出来るだけ、金属の付いていない服装で来院してください。
  （金属などがある場合は検査着に着替えていただきます）
- マイナ保険証または資格確認書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。
- ＭＲＩ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にお願いいたします。
- 息止めが大事な検査です。
- 閉所恐怖症の方はお申し出ください
- 検査当日はなるべく化粧は控えて下さい。

●問診の内容に該当することを検査当日申し出された場合、検査が後日に変更になる場合があります。

- その他：普段着用している補聴器・入れ歯・ニトロダームなどの貼付剤・持続グルコース測定器・
  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）、
  ネックレス・ピアス・指輪・時計などの金属類,
  スマートフォン・スマートウォッチの持ち込みはできません、注意してください。
  ネイルは外しておいて下さい。

これらは、火傷、機器の破損になります。

- 体内・体外金属について、検査ができない場合があります。必ず申し出てください。
  心臓ペースメーカー・脳動脈クリップ、クリップ・ステント・人工関節・人工内耳
  神経伝導装置・脳室、腹腔シャント・眼球付近の金属混入・義眼・金属製避妊具
  歯科インプラント・歯列矯正・ネイル・入れ墨（タトゥー）・アイライン
  内視鏡用止血クリップ（２週間以内）

ＭＲＣＰ造影検査では、お食事を取らずに来院して下さい。
※　絶食は検査予約時間前４時間以上あけてください。
※　飲水も検査予約時間前２時間以上あけてください。

MRI 問診・同意書の記入
MRCP 造影検査問診票の記入、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　㈹

20241201　ver4

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か、あるいは授乳中ですか？　（□はい □いいえ）

判　定	造影　□OK　□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をお読みの上、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も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

ＭＲＣＰ造影　検査　問診・同意書

氏　名　　様

検査日時　　年　　月　　日（　　曜日）　午前　午後　　時　　分

体内に磁性体（心臓ペースメーカーなど）を装着されている患者様は施行できない場合があり、
装着されたまま検査を受けると機器の破損などの恐れがあり危険です。

検査が円滑に施行出来るよう下記の事項で該当するものにチェック、記入してください。

１、体内金属類・体外装着物の有無　　□あり　　□なし

２、１で　あり　の場合どのようなものですか?

- □　心臓ペースメーカー　（ 葛城病院　・　他院 ）
- □　脳動脈クリップ・コイル（ 葛城病院　・　他院 ）
- □　ステント（部位：　　）（葛城病院　・　他院 ）
- □　人工関節（部位：肩　股　膝　足　その他（　　）（葛城病院　・　他院 ）
- □　人工内耳　□　神経伝導装置などの体内電子機器
- □　人工心臓弁　□　脳室・腹腔シャント　□　眼球付近の金属混入・義眼
- □　補聴器　□　ニトロダームなどの貼付剤
- □　カラーコンタクトレンズ　□　増毛パウダー（一部に金属使用）
- □　持続グルコース測定器　□　歯科インプラント　□　歯列矯正
- □　カラーコンタクトレンズ　□　金属製避妊具　□　鍼治療・金の糸
- □　内視鏡用止血クリップ（２週間以内）　□ネイル各種
- □　入れ墨（タトゥー・眉毛・アイライン・その他具体的に　　）
- □上記以外の金属（　　）

３、女性の方にお聞きします

妊娠または妊娠の可能性はありますか　　□あり　　□なし

脱着できる貴重品、金属類は全て外していただきます。
造影ＭＲＣＰ検査ではこの用紙とは別にＭＲＣＰ造影問診・同意書が必要です。
ＭＲＣＰ検査を受けられる方は　ＭＲＣＰ予約票もお読みいただき下記の同意書に署名してください。
２で該当する場合でも検査が行える場合もありますが、装着した病院などへの問い合わせが
必要となる場合があります。
申し出が検査直前の場合、検査が後日に変更になる場合があります。ご了承下さい。

ＭＲＩ検査　　可　　不可　　医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同　意　書

ＭＲＣＰ造影検査を受けるにあたり、ＭＲＣＰ造影検査予約票並びに問診・同意書の内容について
説明を聞き十分に納得、了承しましたので、検査を実施することに同意します。

同意日　　年　　月　　日

本人　または　代理人署名