

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