

IDお名前

MRIをより詳しく検査するために今回の検査では造影剤を使用します。

■以下の方は造影剤を使用できないことがありますので、事前にお申し出下さい。

- ・過去に造影剤を使用してアレルギー症状が出たことがある方
- ・妊娠中・授乳中の方
- ・消化管穿孔またはその疑いのある方

造影剤について

MRCP検査は、主に胆嚢・胆管・膵臓・膵管を撮像する検査です。

検査前にボースデルという液体を服用していただきます。

ボースデルは服用後約48時間でほぼすべてが排泄されます。

副作用について

ボースデルを服用した後はまれに副作用が起こります。主な副作用は、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、0.1～5%未満とされています。

上記以外の重篤な副作用の報告はありません。

食事制限について

★ 造影剤検査前は4時間から禁食、2時間前から禁飲食になります。

当日 時 分より禁食です

(飲水は2時間前まで水・無糖のお茶のみ可)

医療法人社団新虎の門会新浦安虎の門クリニック MRI室

電話 代表047-381-2090

MRI造影剤問診票(MRCP用)

下記の項目にお答えください。

■今までにボースデルを用いたMRI造影剤検査を受けた事がありますか？

(ある ・ ない)

その時副作用はありましたか？

(ある ・ ない)

どのような症状がでましたか？

(吐き気 ・ 吐いた ・ かゆみ ・ 発疹 ・ 動悸) その他()

■何か持病はありますか？

☐ なし ☐ あり ⇒ (アレルギー ・ 腎疾患 ・ 透析中 ・ 心疾患)

その他、具体的にお書きください()

—意思確認書—

新浦安虎の門クリニック院長殿

私は造影剤を使用したMRI検査に関して説明を受け内容について理解しました。

私は説明された診療行為について、以下のように決定いたしました。(レ点で記入)

私は造影剤を使用してのMRI検査を

☐ 受けます

☐ 受けません

☐ 今は判断できません(判断保留)

年 月 日

本人署名(自署)

代理人署名(続柄:)

未成年の場合は親権者、本人が署名できない場合は意思決定を代行できる代理人の署名が必要です

緊急時連絡先(本人以外)自宅電話・携帯電話

氏名(続柄:)

新浦安虎の門クリニック 放射線室
代表:047-381-2090 (2年保管)